DER EINFLUSS DES ROOMING-IN AUF DAS BEFINDEN DER MUTTER IM VERLAUF DES WOCHENBETTS UND AUF DIE FRÜHE MUTTER-KIND-BEZIEHUNG

Christiane Oechsner

1980

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548319_0071

Aus der 1. Frauenklinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. J. Zander

Der Einfluß des Rooming-In auf das Befinden der Mutter im Verlauf des Wochenbetts und auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der
gesamten Medizin an der
Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von
Christiane Oechsner
aus München
1980

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Kurt Holzmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Josef Zander

Dekan: Spektabilis Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 17. 7. 1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung
1.1 Fragestellung der vorliegenden Arbeit
1.1.1-1.1.5 Hypothesen
1.2 Zur Geschichte des Rooming-In
2. Methoden
2.1.1 Planung der Untersuchung
2.1.2 Durchführung der Untersuchung
2.2 Untersuchungstechniken
2.2.1 Selbstbeurteilungsskalen
2.2.2 Standardisierte Interviews
2.2.3 Strichliste
2.3 Gestaltung des Rooming-In
2.4 Zeitlicher Ablauf der Untersuchung
3. Ergebnisse
3.1 Auswertung des perinatologischen Klinikbogens
3.2 Auswertung des Intelligenztests MWT-B
3.3 Auswertung des Fragebogens zur Persönlichkeitsstruktur
3.4 Auswertung des Anamneseinterviews
3.5 Auswertung der Befindlichkeitsskala Bf-S
3.6 Auswertung der Beschwerdenliste BL
3.7 Auswertung des zustandsbarometers ZB
3.8 Auswertung des standardisierten Interviews
3.9 Auswertung der Strichliste
4. Fallbeispiele
5. Diskussion
6. Zusammenfassung der Ergebnisse
7. Literaturverzeichnis
8. Danksagung
9. Anhang

1. EINLEITUNG

1.1. Die Geburt eines Kindes stellt die Mutter vor eine Fülle von schwierigen Aufgaben. Vor allem die hormonelle Umstellung nach der Entbindung und die Anpassung an die neue Rolle machen das frühe Wochenbett zu einer körperlich und psychisch kritischen Phase für die Frau. Manifest psychotische Reaktionen werden zwar nur bei 1-2‰ der Wöchnerinnen beobachtet (Paffenbarger et al., 1961, Paffenbarger, 1964; Mentzos, 1968; Pitt, 1968), vorübergehende Adaptionsprobleme sollen jedoch recht oft auftreten. Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten im Wochenbett wird von einigen Autoren auf 50-80% geschätzt (Robin, 1962; Pitt, 1968; Schorsch und Müller-Neff, 1968; Yalom et al., 1968). Der dritte Tag post-partum scheint am stärksten betroffen zu sein. Man findet eine zeitlich gut abgrenzbare vitale Verstimmung von circa einem Tag Dauer, die aus vollem Wohlbefinden heraus einsetzt, oder aber als Kumulation eines schon vorher gestörten Befindens im Wochenbett imponiert. Zur Symptomatik gehören eine ins Depressive gehende Verstimmung, die zwischen Ausgelassenheit und Weinerlichkeit schwankt, Reizbarkeit, Empfindlichkeit für vermeintliche Kränkungen, Besorgnis um das Kind verbunden mit Insuffizienzgefühlen in Bezug auf die Mutterrolle, Antriebsschwäche sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (Schorsch und Müller-Neff, 1968).

Dieses Phänomen des "Heultags" oder auch des "post-partum blues" wurde in verschiedener Weise gedeutet: einmal als symptomatische Verstimmung in der Folge des "Hormonentzugs" post-partum, zum anderen im Sinne eines "hyperästhetisch-emotionellen Schwächesyndroms" (Bonhoeffer, 1912) , das mit der vitalen Belastungsfähigkeit der Frau und der Schwere der Belastung in Beziehung steht. Der Heultag wurde auch als Reaktion auf die veränderte Umweltsituation der Mutter (Liakos et al., 1972), als "Entlastungsstreß" (Prill, 1961) oder als Ausdruck "emotionaler Insuffizienz" (Benedek, 1952) interpretiert.

Untersuchungen von Derbolowsky et al. (1979) machen es wahrscheinlich, daß äußere Faktoren bei der Ausprägung des post-partum blues eine größere Rolle spielen als bisher angenommen. Von 78 von ihnen befragten Wöchnerinnen hatte keine einzige einen ausgeprägten Heultag. Die Autoren schreiben diesen überraschenden Befund dem stabilisierenden Einfluß des Untersuchungssettings zu, bei dem die Frauen vermehrt Zuwendung erhielten. Andere Untersucher haben vermutet, daß die Trennung von Mutter und Kind im Wochenbett eine emotionale

Labilität begünstigt (Lind, 1972; Hassauer 1974). Falls das zutrifft sollte man bei Frauen, die gemeinsam mit dem Kind untergebracht sind, eine geringere Inzidenz des post -partum blues erwarten.
Wenn sich nachweisen ließe, daß das Auftreten eines Heultags zum großen Teil von Umwelteinflüssen im Wochenbett abhängt, so wäre dieses Ergebnis für Mütter und Entbindungskliniken gleichermaßen wichtig. Man könnte dann die Zeit im Krankenhaus für die Mutter optimal gestalten und den post - partum blues auf ein Minimum reduzieren. So wäre tatsächlich "die Geburt der Familie im Krankenhaus" (Lind,1972) gewährleistet.
Die vorliegende Arbeit stellt sich die Aufgabe, den Einfluß der gemeinsamen Unterbringung von Mutter und Kind nach der Rooming - In Methode auf das psychische Befinden der Wöchnerinnen zu untersuchen. Eine soziologische Analyse des Untersuchungskollektivs soll Aufschluß darüber geben, welche Frauen Interesse am Rooming - In zeigen. Die Ergebnisse früherer Studien lassen es gerechtfertigt erscheinen, folgende Hypothesen aufzustellen:

1.1.1. Rooming - In Mütter zeigen keinen Heultag im Wochenbett (Derbolowsky et al., 1979).

1.1.2. Die Schwankungen im psychischen Befinden sind gering.

1.1.3. Bei der Entlassung fühlen sich Rooming - In Mütter kompetent im Umgang mit dem Kind (Cretius, 1965; Greenberg, 1973).

1.1.4. Die Beziehung zum Kind entwickelt sich im Rooming - In rascher und intensiver als bei der herkömmlichen getrennten Unterbringung (Klaus und Kennell, 1975).

1.1.5. Vor allem Frauen aus höheren Sozialschichten bevorzugen das Rooming - In (Wolff und Ritter, 1977).

1.2. Zur Geschichte des Rooming - In

Bis vor ungefähr 50 Jahren war die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind in deutschen Krankenhäusern allgemein üblich. Um die hygienischen Verhältnisse zu verbessern und um die Infektionsrate bei den Säuglingen zu senken, führte man dann ein zentrales Kinderzimmer auf der Wochenstation ein (Cretius 1955).
In einigen europäischen Ländern, wie z. B. Frankreich, England und Irland, blieb die "gemeinsame Unterbringung" aber bis heute gebräuchlich (Cretius 1955).
1946 führten Edith Jackson und ihre Mitarbeiter als erste in den USA wieder das Rooming -In - System ein. Der wichtigste Grund für diese Neuerung war damals der vereinte Protest von Müttern und Psychologen gegen die als schädlich empfundene Trennung des Neugeborenen von seiner Mutter. Man wollte durch engeren Kontakt von Anfang an neurotischen Fehlentwicklungen des Kindes vorbeugen. 1955 wurde die erste deutsche Rooming - In Station in Mainz eröffnet (Cretius et al., 1955).
Es vergingen jedoch noch fast zwei Jahrzehnte, bevor das Rooming - In in größerem Umfang an den Frauenkliniken eingeführt wurde. Viele Frauenärzte befürchteten, die Mütter könnten sich im Wochenbett nicht ausreichend erholen, wenn sie ihr Kind selbst zu versorgen hätten. Es gab auch hygienische Bedenken gegen die gemeinsame Unterbringung
Dabei sprechen zahlreiche Untersuchungen für die Vorzüge dieses Systems. Die Babies schreien weniger und erreichen schneller wieder ihr Geburtsgewicht, die Mütter stillen länger und halten sich bei der Entlassung für kompetenter im Umgang mit dem Kind, als Wöchnerinnen ohne Rooming - In - Erfahrung (Greenberg et al., 1973).
Gerade die ersten Stunden und Tage nach der Entbindung sind offenbar eine besonders sensible Phase, die für die Entwicklung einer tragfähigen Mutter - Kind - Beziehung von entscheidender Bedeutung werden kann (Klaus und Kennell 1974, 1975).

2. METHODEN

2.1.1. Planung der Untersuchung

An der 1. Universitätsfrauenklinik in München sollte eine Gruppe von 50 Frauen untersucht werden, die sich dort für das Rooming - In angemeldet hatten. Möglichst alle Interessentinnen, die sich für einen bestimmten Zeitraum beworben hatten, sollten erfaßt werden. Die Untersucherin sollte die Frauen zunächst telefonisch um Mitarbeit an der geplanten Studie bitten und dann, zwischen der 36. - 40. Schwangerschaftswoche, einen Termin für ein ausführliches Anamneseinterview vereinbaren.
Nach der Entbindung sollte der Verlauf des psychischen Befindens auf der Wochenstation bis zum 10. Tag post - partum untersucht werden.
Ausschlußkriterien sollten ausländische Staatsangehörigkeit, schwere psychiatrische Erkrankungen in der Anamnese und ein Intelligenzquotient unter 80 sein.

2.1.2. Durchführung der Untersuchung

Zwischen Juli 1977 und Februar 1978 nahmen 88 Frauen an der Studie teil. 36 von ihnen standen allerdings nur zur Anamneseerhebung vor der Entbindung zur Verfügung, weil sie wegen Bettenmangels oder aus medizinischen Gründen nicht im Rooming - In aufgenommen werden konnten.
Der Untersuchungszeitraum war deshalb so lang, weil nach den ersten 10 Anamneseinterviews die Untersucherin wechselte und eine Pause bis November 1977 eintrat.
Es gab also 2 Untersuchungskollektive:
K_1 mit n = 88, wo nur die anamnestischen Daten ausgewertet wurden.
K_2 mit n = 52, das alle Schwangeren erfaßte, die sowohl am Anamneseinterview als auch an der Verlaufsuntersuchung im Rooming - In teilgenommen hatten.

2.2. Untersuchungstechniken

1. Selbstbeurteilungsskalen
2. standardisierte Interviews
3. Strichliste

2.2.1.1. Fragebogen zur Persönlichkeitsstruktur, AHO - S nach v. Zerssen (siehe Anhang).

2.2.1.2. Intelligenztest MWT - B (Erlangen 1977, siehe Anhang).

2.2.1.3. Befindlichkeitsskala Bf - S zur Erfassung des psychischen Status (Beltz Verlag, Offenburg, siehe Anhang).

2.2.1.4. Zustandsbarometer ZB als Ausdruck der momentanen Verfassung (Aitken und Zeally, 1970; cf. v. Zerssen, 1976)

2.2.1.5. Beschwerdenliste BL für somatische Beschwerden (Beltz Verlag, Offenburg, 1975, siehe Anhang).

2.2.2. Folgende standardisierte Interviews wurden verwendet:

2.2.2.1. Halbstandardisierter Fragebogen zur ausführlichen Anamneseerhebung vor der Entbindung. Dieser enthielt unter anderem Fragen zur körperlichen und geistigen Gesundheit, zum Verlauf der Schwangerschaft, zur Einstellung zum Kind und der Beziehung zum Partner. Die Gründe für die Wahl des Rooming - In wurden ebenfalls festgehalten (siehe Anhang).

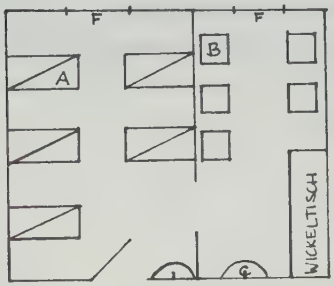
2.2.2.2. Standardisiertes Interview zur Befunderhebung im Wochenbett, das einen freien Teil für allgemeine Bemerkungen zum Rooming - In einschloß. Dieses Interview fand stets zwischen 17,oo und 18,oo Uhr abends statt, immer im gleichen Raum und vom selben Untersucher durchgeführt, so daß die äußeren Bedingungen so weit wie möglich konstant gehalten wurden.
Die ersten 2 Tage nach der Entlassung aus der Klinik wurde ein leicht modifiziertes Telefoninterview benutzt (s. Anhang)

2.2.3. Alle Mütter erhielten im Wochenbett täglich eine Strichliste vom Untersucher, mit der sie bestimmte Interaktionen mit dem Kind protokollierten, wie z. B. Hingehen zum Baby aus eigenem Bedürfnis. Die Liste hatte außerdem Spalten für die Dauer des Stillens und der Pflege sowie Schreien des Kindes (siehe Anhang).

2.3. Gestaltung des Rooming - In in der 1. Universitätsfrauenklinik:

Auf der allgemeinen Wochenstation war das Rooming - In Zimmer mit höchstens 5 Wöchnerinnen belegt. Die Babykörbchen befanden sich in einem Nebenraum, der durch einen offenen Durchgang mit dem Wöchnerinnenzimmer verbunden war. Die Mütter konnten jederzeit zu ihrem Kind hingehen und es streicheln und mit ihm reden. Zwischen des festen Stillzeiten sollten sie es aber möglichst nicht aus seinem Bettchen nehmen. Vom 1. Rooming - In Tag an übernahmen die Mütter unter Anleitung einer Kinderschwester selbst die Babypflege. Zum Stillen stand ihnen soviel Zeit wie nötig zur Verfügung. Nachts brachte man die Säuglinge ins zentrale Kinderzimmer, damit die Wöchnerinnen ungestört schlafen konnten.
Auf der Privatstation waren die Frauen in 2-Bett-Zimmern untergebracht und hatten das Babykörbchen neben ihrem Bett stehen.

Schematischer Grundriß der im Text beschriebenen Raumeinheiten:



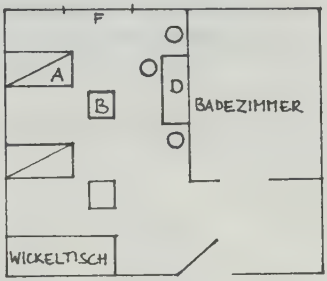


Abb.1: Allgemeinstation

A: Wöchnerinnenbett

C: Waschbecken

F: Fenster

Abb.2: Privatstation

B: Säuglingsbett, nur tagsüber in diesem Zimmer

D: Sitzgruppe

2.4. Zeitlicher Ablauf der Untersuchung:

2.4.1. Querschnittuntersuchung

Abb.3: Zeitlicher Ablauf der Untersuchung

Zwischen der 36. und der 40. Schwangerschaftswoche kamen die Frauen zu einem ausführlichen anamnestischen Interview in die Klinik. Jede Schwangere erhielt den AHO - S Fragebogen und den MWT - B Intelligenztest. Bei 26 Frauen konnten die anamnestischen Angaben erst kurz nach der Entbindung erhoben werden, da ihre Adressen nicht verfügbar waren.

2.4.2. Längsschnittuntersuchung

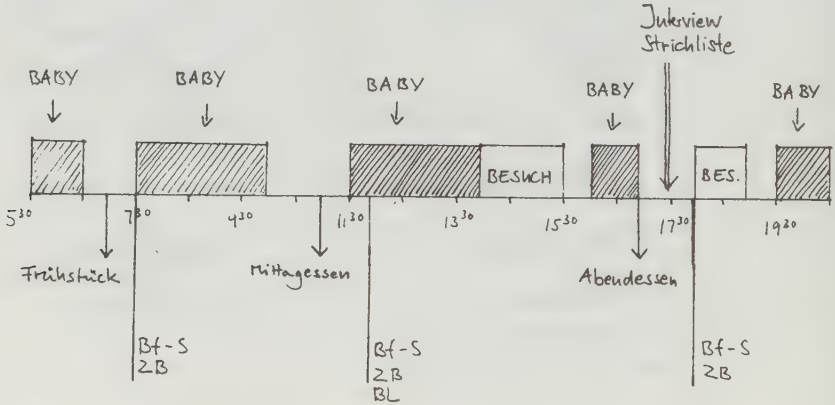


Abb.4: Längsschnittuntersuchung

Sobald eine Frau entbunden hatte, bekam sie dreimal täglich die Selbstbeurteilungsskalen zum Ausfüllen, unabhängig davon, ob sie schon im Rooming - In Zimmer war oder nicht. Die Selbstbeurteilung begann zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach der Geburt. Jeden Abend zwischen 17,oo und 18,oo Uhr fand das standardisierte Interview statt. Bei dieser Gelegenheit wurde auch jeweils eine neue Strichliste ausgeteilt.
Die Wöchnerinnen wurden in der beschriebenen Weise bis zur Entlassung aus der Klinik untersucht (durchschnittlich am 7. Wochenbettstag). Für die ersten zwei Tage zu Hause nahmen die Frauen Selbstbeurteilungsskalen und Strichlisten mit; das abendliche Interview erhob die Untersucherin dann am Telefon.

3. E R G E B N I S S E

3.1. Auswertung des perinatologischen Klinikbogens; Kollektiv 1, n = 88

Dieser Bogen wird von mehreren Münchner Frauenkliniken benutzt und enthält umfangreiche statistische Angaben über jede betreute Schwangere.

PARITÄT	I. PARAE 76% (66)	II. PARAE 14% (12)	MEHRPARAE 0	FEHLGEB.* 22% (20)
ALTER	< 20 2% (2)	20 – 24 30.5% (27)	25 – 29 37% (33)	≥ 30 30.5% (27)
SOZIALSTATUS	NIEDERSTE 0	NIEDERE 0	GEHOBENE 47% (41)	HÖCHSTE 53% (47)
ENTBINDUNGSART	NORMAL 52% (46)	VAKUUM 40% (35)	SECTIO 7% (6)	FORCEPS 1% (1)
DAUER DES R-J n = 52, K_2	3-4 TAGE 14% (7)	5-6 TAGE 35% (18)	7-8 TAGE 42% (22)	9-10 TAGE 9% (5)
BASISUNTER-SUCHUNG KIND	UNAUFFÄLLIG 92% (81)	AUFFÄLLIG 2% (2)	VERLEGT 2% (2)	KEINE ANGABEN 4% (3)
PERSONENSTAND	VERHEIRATET 90% (80)	UNVERHEIRATET 10% (8)		
RISIKO-SCHWANGERSCHAFT	NEIN 63% (55)	JA 37% (33)		
RISIKO-GEBURT	NEIN 39% (34)	JA 61% (54)		
UNTERBRINGUNG n = 52, K_2	ALLGEMEIN 65% (34)	PRIVAT 35% (18)		* n = 85

Abb.5: Wichtigste Ergebnisse des perinatologischen Klinikbogens. Definitionen siehe Anhang; Angaben in Prozent, Absolutzahlen in Klammern.

Zum Vergleich die statistischen Angaben für alle 1977 in der 1. Universitätsfrauenklinik entbundenen Schwangeren:

PARITÄT	I. Parae 52 %	II. Parae 34 %	Mehrparae 14 %	Fehlgeburt. n. erfasst
ALTER	≥ 19 4 %	20 - 24 16 %	25 - 29 32 %	30 < 48 %
SOZIALSTATUS	Niederste 1 %	Niedere 18 %	Gehobene 35 %	Höchste 46 %
ENTBINDUNGSART	Normal 54 %	Vakuum 29 %	Sectio 16.5 %	Forceps 0.5 %
BASISUNTER - SUCHUNG KIND n = 1903	Unauffällig 85 %	Auffällig 8 %	Verlegt 6 %	keine Angaben 1 %
PERSONENSTAND	Verheiratet 90 %	Unverheiratet 10 %		
RISIKO - SCHWANGERSCHAFT	Nein 43 %	Ja 57 %		
RISIKO - GEBURT	Nein 43 %	Ja 57 %		
UNTERBRINGUNG	Allgemein 57 %	Privat 43 %		n = 1880

Abb.6: wichtigste Ergebnisse des perinatologischen Klinikbogens 1977; Definitionen siehe Anhang; Angaben in Prozent, Absolutzahlen in Klammern.

Beim Vergleich der Untersuchungsgruppe (UG) mit dem Gesamtkollektiv (GK) aller 1977 an der 1. Universitätsfrauenklinik entbundenen Frauen fällt auf, daß sich einige Parameter in den beiden Gruppen deutlich unterscheiden.
PARITÄT: Frauen, die ihr erstes Kind erwarten, zeigen ein überproportionales Interesse am Rooming-In. Zweit- und Mehrparae sind dagegen stark unterrepräsentiert (UG: 76 % Erstparae, GK: 51% Erstparae). Dies hängt vermutlich damit zusammen, daß eine Frau beim ersten Kind vor einer ganz neuen und ungewohnten Situation steht und meist noch keine Erfahrungen mit Säuglingen gesammelt hat. Sie möchte deshalb so viel wie möglich mit ihrem Baby zusammensein. Auch die Pflegeanleitung durch geschultes Personal ist für Erstparae besonders wichtig.

ALTER: Dem hohen Anteil von Schwangeren über 30 Jahren im Klinikkollektiv steht eine ziemlich gleichmäßige Verteilung auf drei Altersgruppen im Untersuchungskollektiv gegenüber. Das Alter der Mutter spielt offenbar bei der Wahl des Rooming-In keine wesentliche Rolle.

SOZIALSTATUS: Beim Vergleich von UG und GK finden sich erhebliche Unterschiede. Die Rooming-In Mütter gehören ausschließlich der gehobenen und höchsten Sozialschicht an. Diese Schichten überwiegen zwar auch im GK, aber im Klinikkollektiv sind immerhin fast ein Fünftel der Patientinnen aus niedrigeren Sozialschichten. Möglicherweise fehlt solchen Frauen der Zugang zu den nötigen Informationen über das Rooming-In, (z. B. durch Zeitschriften, Bücher und Fernsehen), so daß sie von dieser Neuerung gar nichts wissen und darum keinen Gebrauch

davon machen. Es ist auch denkbar, daß in den unteren sozialen Gruppen noch eher die Auffassung herrscht, die junge Mutter müsse sich im Wochenbett schonen und sei zu "krank", um ihr Kind selbst zu versorgen.

RISKO-GEBURT und auffällige BASISUNTERSUCHUNG:
In der Untersuchungsgruppe waren Risiko-Geburten und bei der Basisuntersuchung auffällige Kinder etwas seltener als im Klinikkollektiv. Der Grund hierfür ist darin zu suchen, daß am Rooming-In nur Mütter teilnehmen konnten, bei denen Geburts- und Wochenbettsverlauf relativ komplikationslos waren. So erklärt sich auch der geringere Anteil an Sectiones bei der UG.

UNTERBRINGUNG: In der Untersuchungsgruppe befanden sich im Verhältnis mehr Allgemeinpatientinnen als im Klinikdurchschnitt (65% gegenüber 57%). Wahrscheinlich hängt dies mit der größeren Zahl verfügbarer Betten auf der allgemeinen Wochenstation zusammen (5 Rooming-In Betten gegenüber 4 Betten auf der Privatstation).

PERSONENSTAND und RISIKOSCHWANGERSCHAFT:
Diese Rubriken zeigen keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

3.1.2 Anzahl der Rooming-In Tage:

Die Mütter verbrachten im Durchschnitt 6,2 Tage mit ihrem Kind im Rooming-In. Bei einem Klinikaufenthalt von normalerweise 7 - 8 Tagen konnten sie also ab dem 2. oder 3. Tag post-partum mit dem Baby zusammensein.

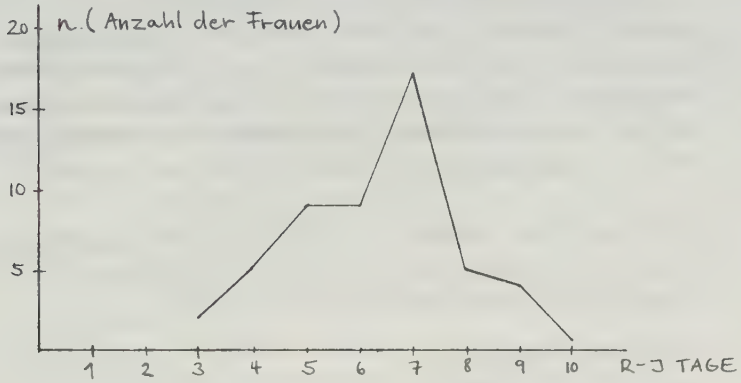


Abb. 7: Dauer des Rooming - In

3.2. Auswertung der Intelligenztests für K_1, n = 81 (7 Frauen füllten keinen MWT - B Bogen aus). Das durchschnittliche Ergebnis lag bei 30.4 Punkten; dies entspricht einem IQ von 107. Der Mittelwert der Normalverteilung liegt bei 100.

3.3. Auswertung des Fragebogens zur Persönlichkeitsstruktur

Folgende Mittelwerte für die Skalen Oralität (O), Neurotizismus (N), Hysterie (H) und Anankasmus (A) wurden errechnet(Erläuterungen zu den Begriffen bei v. Zerssen, s. Literaturverzeichnis):

O: 19.1 Punkte N: 22.0 Punkte H: 21.0 Punkte A: 19.9 Punkte

Je höher die Punktzahl, umso stärker ist das betreffende Merkmal ausgeprägt. Auf jeder Skala konnten maximal 60 Punkte erreicht werden.

Krausz testete den Fragebogen an mehreren Gruppen von Neurotikern und körperlich Kranken und fand folgende Mittelwerte (Krausz 1972):

	O	N	H	A
Neurotische Depression	42.0	41.9	33.8	32.3
Vegetative Störungen	38.7	43.0	30.1	39.4
Körperlich Kranke	27.8	26.5	29.5	32.8

Das von uns erfaßte Kollektiv weist in allen vier Be - reichen deutlich niedrigere Werte auf, als die oben angeführten Vergleichsgruppen. Dies läßt den Schluß zu, daß es sich bei den untersuchten Frauen im allgemeinen um ausgeglichene Persönlichkeiten handelt, die keine ausgeprägten neurotischen Tendenzen zeigen.

3.4. Auswertung des Anamnese - Interviews für K_1 = 88
Aus den 36 Fragen des Interviews wurden folgende themenorientierte Untergruppen gebildet:

3.4.1.	Psychische Gesundheit	Fragen	1, 2, 3
3.4.2.	Menstruationsanamnese	Frage	5
3.4.3.	Fehlgeburtenanamnese	Frage	6
3.4.4.	Kontrazeption ja/nein	Frage	7
3.4.5.	Somatische Veränderungen in der Schwangerschaft	Fragen	10,11,12
3.4.6.	Stimmung in der Schwangerschaft	Fragen	13,14
3.4.7	War das Baby geplant ?	Frage	15
3.4.8.	Differenter Geschlechtswunsch der Eltern	Fragen	16,17
3.4.9.	Vorbereitung auf die Entbindung	Frage	20
3.4.10.	Angst vor der Entbindung	Frage	21
3.4.11.	Soll Partner bei der Entbindung dabei sein ?	Frage	22
3.4.12.	Beziehung zum Partner	Frage	25
3.4.13.	Sexualleben	Fragen	28,29
3.4.14.	Wie lange verheiratet ? (Wurde wegen des Kindes geheiratet ?)	Frage	27
3.4.15.	Beziehung zu den Eltern	Frage	35
3.4.16.	Motivation für das Rooming - In	Frage	36

PSYCHISCHE GESUNDHEIT	ANAMNESE LEER 78% (66)	ANAMNESE POSITIV 22% (18)	KEINE ANGABEN 1% (1)
SOMATISCHE VERÄNDERUNGEN IN D. SS	KEINE 11% (9)	LEICHT BIS MITTEL 73% (62)	STARK 16% (14)
STIMMUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT	KEINE ÄNDERUNG 29% (25)	ETWAS LABILER 66% (56)	SEHR LABIL 5% (4)
ANGST VOR DER ENTBINDUNG	NEIN 51% (43)	UNENTSCHIEDEN 32% (27)	JA 17% (15)
SOLL PARTNER BEI ENTBINDUNG DABEI SEIN	JA 68% (58)	NEIN 16% (14)	NUR EIN PARTNER MÖCHTE 16% (13)
BEZIEHUNG ZUM PARTNER	AUSGEWOGEN 59% (50)	♂ DOMINIERT 26% (22)	♀ DOMINIERT 15% (12)
SEXUALLEBEN	SEHR ZUFRIEDEN 68% (58)	ZUFRIEDEN 20% (17)	KEINE ANGABEN 12% (10)
BEZIEHUNG ZU DEN ELTERN	GUT 42% (36)	MITTEL 42% (37)	SCHLECHT 12% (10)
MENSTRUATIONSBESCHWERDEN	NEIN 69% (59)	JA 31% (26)	
ABORTE / FEHLGEBURTEN IN DER ANAMNESE	NEIN 76% (65)	JA 24% (20)	
KONTRAZEPTION ANGEWANDT	NEIN 16% (14)	JA 84% (71)	
SCHWANGERSCHAFT GEPLANT	NEIN 34% (29)	JA 66% (56)	
DIFFERENTER GESCHLECHTSWUNSCH DER ELTERN	NEIN 40% (34)	JA 60% (51)	
WEGEN DES KINDES GEHEIRATET?	NEIN 78% (66)	JA 22% (19)	

Abb.8: Auswertung der themenorientierten Untergruppen;
Angaben in Prozent, Absolutzahlen in Klammer; n = 85

Frage 9: Vorbereitung auf die Entbindung (Mehrfachnennungen möglich):

1. Gymnastik	85 %	(72)
2. Lektüre	80 %	(68)
3. Kurse	45 %	(38)
4. Filme	1,5 %	(2)
5. Ernährung	1,5 %	(2)

Frage 16: Gründe für die Wahl des Rooming - In (Mehrfachnennungen möglich):

1. Engerer Kontakt mit dem Kind und besseres Kennenlernen	80 %	(68)
2. Erlernen der Pflege, mehr Sicherheit	55 %	(47)
3. Lektüre oder Empfehlung von Bekannten	15 %	(13)
4. Stillen besser möglich	12 %	(10)
5. Schlechte Erfahrungen mit der herkömmlichen getrennten Unterbringung	10 %	(8)
6. Natürliche Weise, mit dem Kind zusammen zu sein	8 %	(7)

3 .5. Auswertung der Befindlichkeitsskala für Kollektiv 2, n = 52

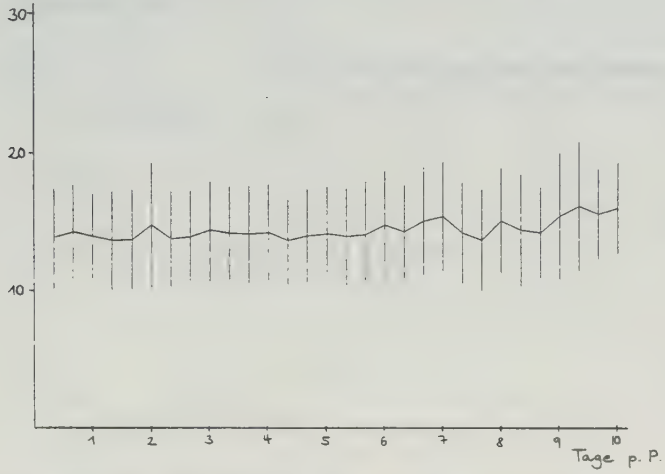


Abb.9: Verlauf der Befindlichkeitsskalen; (Mittelwert mit SD)
(30 : Depressiv, 0 : Euphorisch)

Die Bf - S zeigt im Verlauf des Wochenbetts nur geringe Schwankungen. Um den achten Tag, dem Entlassungstag, steigen die Werte leicht an .

Die durchwegs niedrigen Werte der Bf - S und deren kontinuierliche Abnahme weisen darauf hin, daß sich die Mütter im Rooming - In rasch an die postpartale Situation anpassen.

Der kleine Peak um den 8. Tag ist durch Anfangsschwierigkeiten der Frauen zu Hause bedingt; Unruhe des Kindes in der fremden Umgebung, häusliche Faktoren und eine gewisse Nervosität der Mütter angesichts der neuen Verantwortung wirken hier zusammen.
Es findet sich kein Hinweis auf einen Heultag bzw. extreme Stimmungsschwankungen.

3.6. Auswertung der Beschwerdenliste

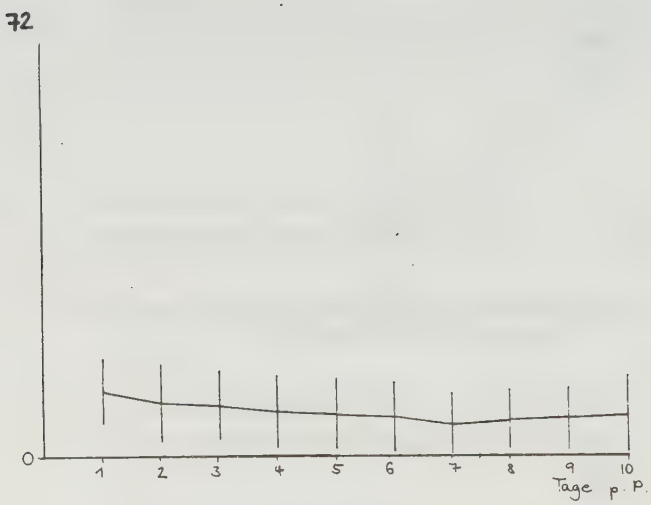


Abb.10: Verlauf der Beschwerdenliste (Mittelwert mit SD)
(0 : keine Beschwerden; 72 : äußerst starke Beschwerden)

Die BL - Scores sind insgesamt sehr niedrig und ändern sich nur wenig; lediglich in den ersten Wochenbettstagen klagen die Frauen über körperliche Beschwerden (Episiotomie!). Das Befinden bessert sich dann rasch und bleibt konstant gut.

Einige Items der Liste zeigen jedoch ausgeprägte Schwankungen.

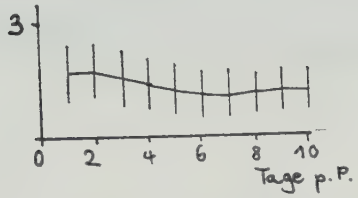


Abb.11: Item 3: Schwächegefühle (Mittelwert mit SD)
(0 : gar nicht; 3 : stark)

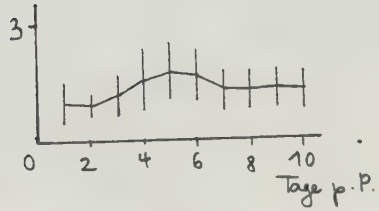


Abb.12: Item 5: Brustschmerzen (Mittelwert mit SD)
(0 : keine Schmerzen; 3 : starke Schmerzen)

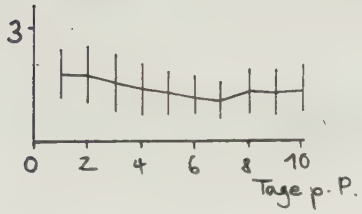


Abb.13: Item 7: Mattigkeit (Mittelwert mit SD)
(0 : gar nicht; 3 : stark)

Wie zu erwarten, fühlen sich die Frauen in den ersten Tagen nach der Entbindung noch etwas matt und geschwächt. Um den dritten Wochenbettstag verursacht das Einschiessen der Milch Brustschmerzen.

3.7. Auswertung des Zustandsbarometers

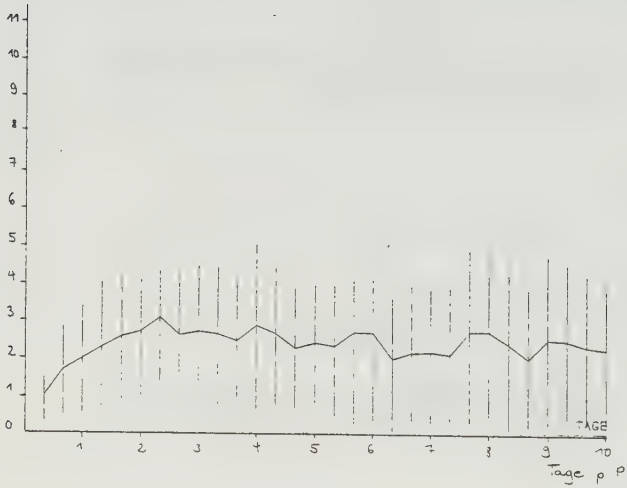


Abb.14: Verlauf des Zustandsbarometers; (Mittelwert mit SD)
(0 : äußerstes Wohlbefinden;)
(11 : äußerstes Mißbehagen)

Wie bei der Bf - S und BL stabilisieren sich auch die ZB - Werte ab dem dritten Wochenbettstag. Der leichte Anstieg der Werte um den Entlassungstag ist als Ausdruck der Umstellung auf zu Hause zu deuten.

Auch das ZB als Kontrollwert zur Bf - S gibt keinen Hinweis auf einen Heultag oder eine ausgeprägte Stimmungslabilität der Wöchnerinnen.

3.8. Auswertung des standardisierten Interviews

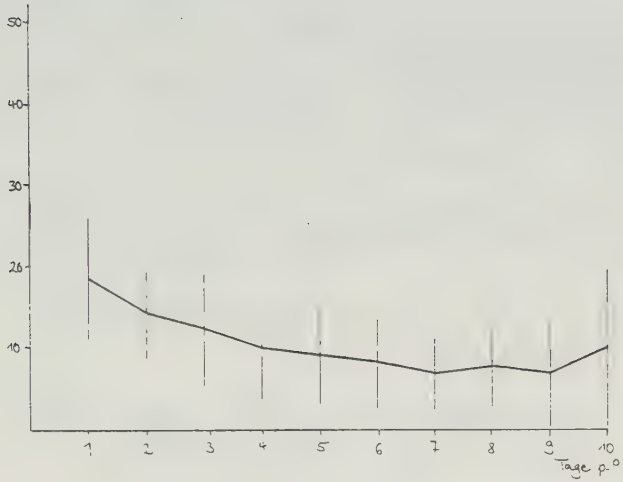


Abb.15: Verlauf des Interviewscores (Mittelwert mit SD)
je niedriger die Werte,
desto weniger Probleme gab es

Der Gesamtverlauf zeigt hier besonders deutlich eine Tendenz, die man schon bei Bf - S und ZB beobachten konnte:

Nach gewissen Anfangsschwierigkeiten im Gefolge der Entbindung geht es den Frauen rasch besser. Um den Entlassungstag steigen die Scores wieder leicht an.

Einige Items sollen einzeln aufgeschlüsselt werden:

3.8.1. Emotionale Labilität

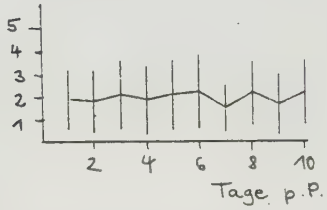


Abb.16: Item 8: Schwankt Ihre Stimmung ? (Mittelwert mit SD)
(5 : ja, sehr; 0 : gar nicht)

Insgesamt niedrige Werte mit geringen Schwankungen um den Entlassungstag.

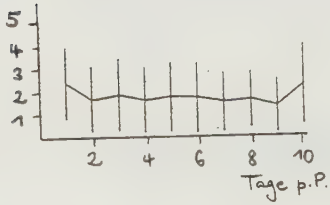
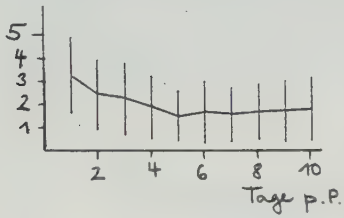


Abb.17: Item 17: Waren Sie in den letzten 24 Stunden den Tränen nahe ? (Mittelwert mit SD)
(5 : ja, sehr; 0 : gar nicht)

Es finden sich relativ hohe Scores am 1. Tag post partum und nach der Entlassung.

3.8.2. Konzentrationsfähigkeit



(Mittelwert mit SD)

Abb.18: Item 10: Konnten Sie sich heute konzentrieren ?
(5 : nein, gar nicht; 0 : ja, sehr gut)

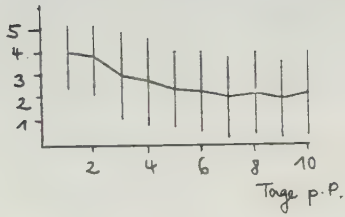


Abb.19: Item 12: Konnten Sie sich länger mit etwas beschäftigen ? (Mittelwert mit SD)
(5 : nein, gar nicht; 0 : ja, sehr gut)

Unmittelbar post partum ist die Konzentrationsfähigkeit gering, verbessert sich aber rasch.

3.8.3. Umgang mit dem Kind

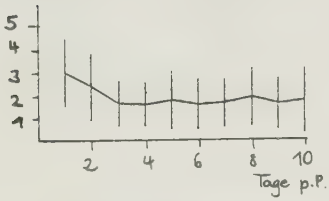


Abb.20: Item 3: Wie hat das Füttern geklappt ? (Mittelwert mit SD)
(5 : sehr schlecht; 0 : sehr gut)

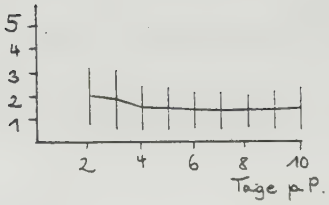
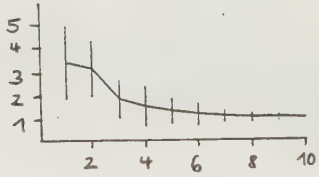


Abb.21: Item 29: Hat Sie die Kinderpflege erfreut oder beruhigt ? (Mittelwert mit SD)
(5 : nein, gar nicht; 0 : ja, sehr)

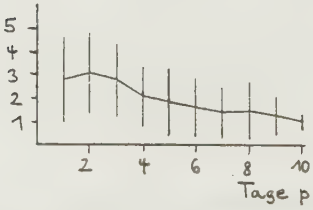
Die Kinderpflege wurde von Anfang an als erfreulich und angenehm erlebt. Abb. 22 zeigt in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Strichliste (siehe 3 .9.), daß im Rooming - In von den Müttern das Füttern des Kindes schnell erlernt wird.
Übrigens machte nur eine einzige Frau nicht den Versuch, ihr Kind selbst zu stillen !

3.8.4.Beziehung zum Kind



(Mittelwert mit SD)

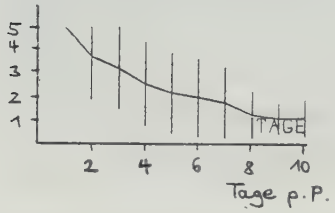
Abb.22: Item 20: Wie ist Ihre innere Beziehung zu Ihrem Kind ?
(5 : sehr schlecht/keine; 0 : sehr gut)



(Mittelwert mit SD)

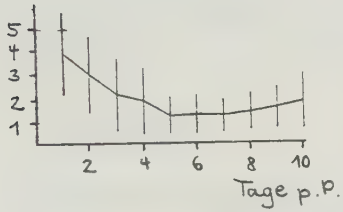
Abb.23: Item 27: Haben Sie das Gefühl, daß Ihr Kind auf Sie reagiert ?
(5 : nein, gar nicht; 0 : ja)

Mit Beginn des Rooming - In (im Durchschnitt um den 2. - 3. Tag post partum) entwickeln die Mütter in kurzer Zeit eine enge und liebevolle Beziehung zu ihrem Kind. Diese günstige Entwicklung wird durch die folgenden Abbildungen noch unterstrichen.



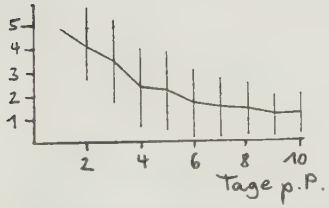
(Mittelwert mit SD)

Abb.24: Item 21: Haben Sie Ihr Kind am Schreien erkannt ?
(5 : nein, gar nicht; 0 : ja)



(Mittelwert mit SD)

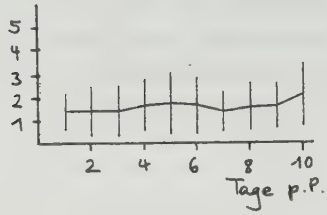
Abb.25: Item 22: Haben Sie den den Grund des Schreiens erkannt ?
(5 : nein, gar nicht; 0 : ja)



(Mittelwert mit SD)

Abb.26: Item 25: Wissen Sie, was Ihr Kind am wenigsten mag ?
(5 : nein, gar nicht; 0 : ja)

3.8.5. Besorgnis / Unsicherheit, das Kind betreffend



(Mittelwert mit SD)

Abb.27: Item 4: Machen Sie sich Sorgen um das Baby ?
(5 : ja, sehr, 0 : nein, gar nicht)

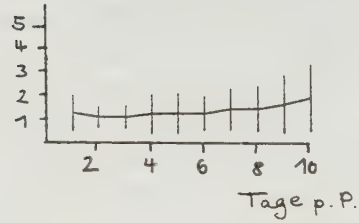


Abb.28: Item 5: Haben Sie Angst, zuhause mit dem Baby nicht zurechtzukommen ? (Mittelwert mit SD)
(5 : ja, sehr; 0 : nein, gar nicht)

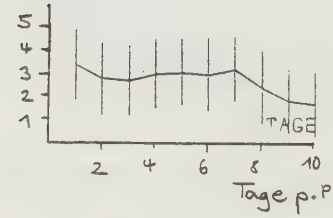


Abb.29: Item 26: Haben Sie heute Arzt bzw. Schwester um Auskunft wegen des Kindes gebeten ? (Mittelwert mit SD)
(5 : ja, mehrmals; 0 : nein)

Nach der Entbindung und bei der Entlassungsuntersuchung des Kindes haben die Frauen ein großes Informationsbedürfnis. Im Rooming - In nutzen sie gern die Gelegenheit,

mit den Schwestern über das Verhalten ihres Kindes zu sprechen und sich Pflegetips zu holen. Besorgnis konnte so meist rasch zerstreut werden. Zu Hause fühlten sich die Mütter so sicher in der Babypflege, daß keine von ihnen nochmals ratsuchend in der Klinik anrief. Möglicherweise spielt hier das Untersuchungssetting eine Rolle, das den Frauen an den ersten beiden Tagen zu Hause Gelegenheit zu einer Aussprache mit der Interviewerin bot. Fachliche Auskünfte wurden aber nur selten erteilt.

3.9. Auswertung der Strichliste

3.9.1. Schreien des Kindes

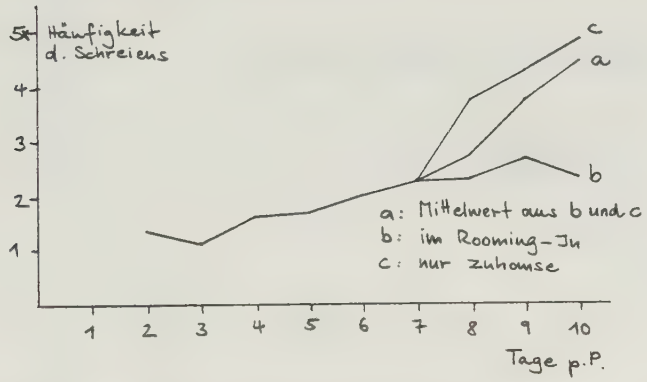


Abb.30: Wie oft hat Ihr Kind geschrien ? (Mittelwert)

In der Klinik schreien die Säugline relativ wenig. Mit zunehmendem Lebensalter schreien sie etwas mehr, zuhause sogar erheblich mehr (siehe Kurve c). Dies läßt sich wieder als Ausdruck der Umstellung auf eine neue Umgebung deuten.

3.9.2. Hingehen zum Kind, weil es schreit

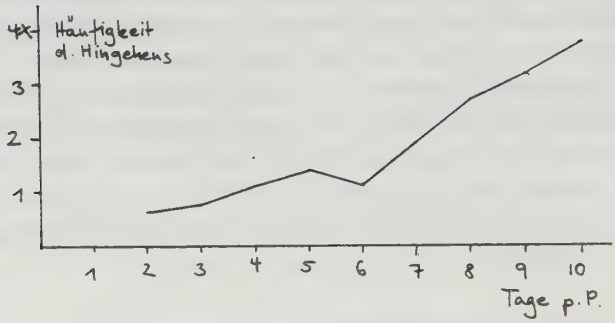


Abb.31: Häufigkeit des Hingehens zum Kind, weil es schreit (Mittelwert)

Der Verlauf der Kurve entspricht Abb. 32.

3.9.3. Hingehen zum Kind aus Besorgnis

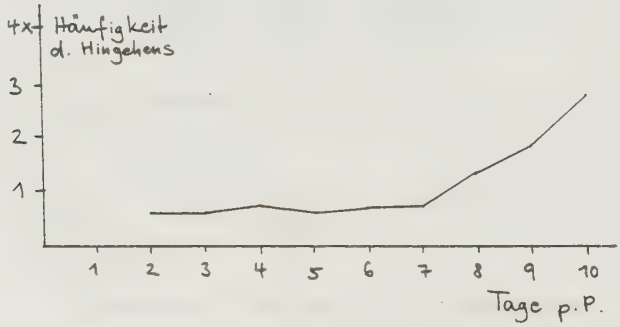


Abb.32: Häufigkeit des Hingehens zum Kind aus Besorgnis (Mittelwert)

Zuhause gehen die Mütter deutlich öfter aus Besorgnis zu ihrem Kind als in der Klinik (Anstieg der Kurve ab Tag 8), wo ein Teil der Verantwortung noch beim Klinikpersonal liegt. Sicher spielt auch der beruhigende Einfluß anderer Mütter im Rooming - In (Mehrparae!) und

die Vergleichsmöglicheit mit deren Säuglingen eine Rolle. Der Wegfall dieser stabilisierenden Faktoren zuhause führt dazu, daß die Mütter sich häufig vergewissern wollen, ob mit dem Baby alles in Ordnung ist.

3.9.4. Hingehen zum Kind aus eigenem Bedürfnis

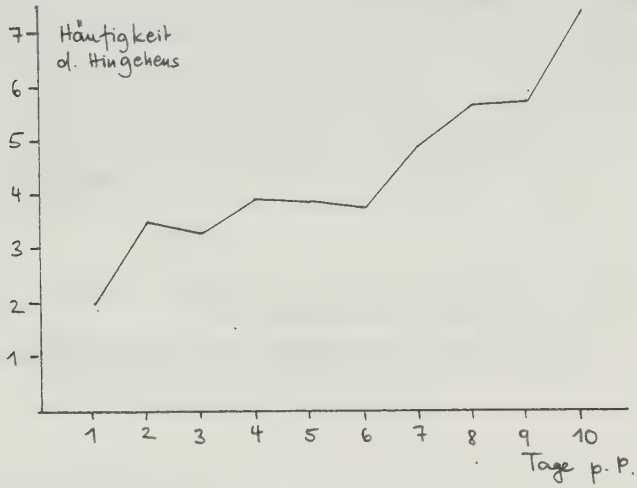


Abb.33: Häufigkeit des Hingehens zum Kind aus eigenem Bedürfnis (Mittelwert)

Das Bedürfnis, aus eigenem Antrieb zu seinem Kind zu gehen, wird im Verlauf des Wochenbetts immer größer und nimmt daheim nochmals zu.

Interessanterweise zeigt das Item 27 des Interviews ("Haben Sie das Gefühl, daß Ihr Kind auf Sie reagiert ?") einen parallelen Verlauf.

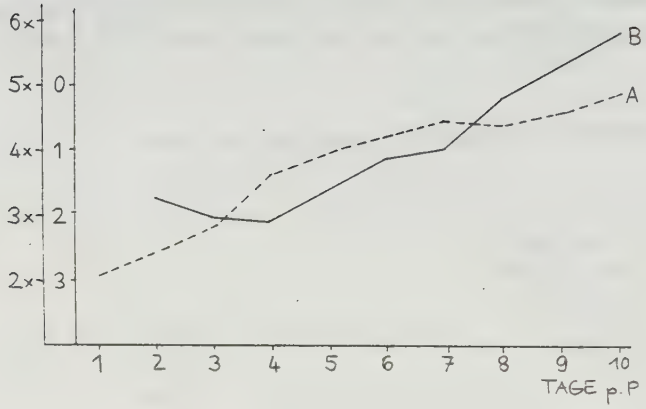


Abb.34: A: Gefühl, daß das Kind auf die Mutter reagiert (0 : ja; 3 : kaum) (Mittelwert)

B: Häufigkeit des Hingehens zum Kind aus eigenem Bedürfnis (Mittelwert)

Es könnte sich hier um einen Prozeß wechselseitiger Stimulation von Mutter und Kind handeln:
Im Lauf der ersten Lebenswochen wird der Säugling zunehmend aktiver und gibt der Mutter das Gefühl, er reagiere auf sie. Darauf antwortet die Mutter mit verstärkter Zuwendung und regt damit ihr Kind an, ihr spezifisch zu antworten. So entsteht ein positives Feed - Back.

Dies stimmt mit der Auffassung von Robson und Moss überein, die die Mutter-Kind-Beziehung als einen dynamischen Prozeß sehen, bei dem beide geben und nehmen (Robson und Moss 1970).

3.9.5. Zusammensein mit dem Kind / Stillen

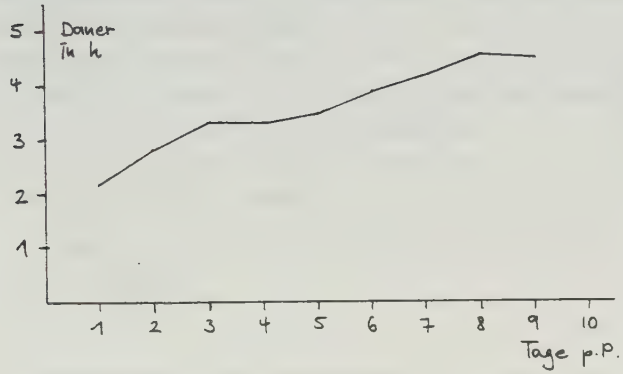


Abb.35: Dauer des Zusammenseins mit dem Kind in Stunden pro Tag, Stillen inbegriffen (Mittelwert)

Schon während des Klinikaufenthaltes beschäftigen sich die Mütter täglich mehr mit ihrem Kind. Zuhause können sie sich natürlich noch mehr Zeit für ihr Baby nehmen, weil Visiten, Besuchszeiten etc. wegfallen. Außerdem trinken die Säuglinge zuhause in den ersten Tagen oft schlecht, und die Mütter brauchen für das Stillen ziemlich lange.

3 .9.6. Hilfe beim Füttern

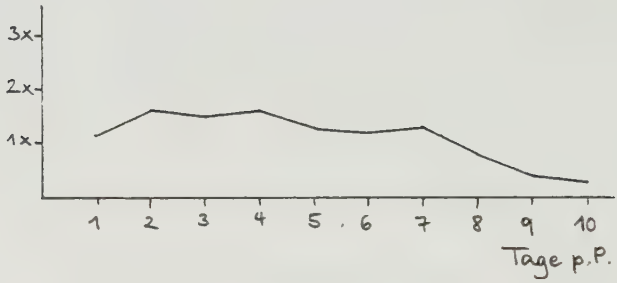


Abb.36: Wie oft war Hilfe beim Füttern nötig ? (Mittelwert)

Während der Zeit im Rooming - In wünschen sich die Mütter ein- bis zweimal am Tag Hilfe beim Füttern bzw. Stillen von den Schwestern. Der rasche Abfall der Kurve nach dem 7. Tag zeigt, daß die meisten Frauen daheim auf die Hilfe des Ehemannes verzichten können oder wollen und mit dem Füttern alleine zurechtkommen.

4. F A L L B E I S P I E L E

4.1. Frau A. ist eine 20-jährige Erstpara, gelernte technische Zeichnerin und jetzt Hausfrau. Sie ist seit 6 Monaten verheiratet. Die jetzige Schwangerschaft war geplant. Bis zum 3. Monat litt Frau A. an Morgenübelkeit mit gelegentlichem Erbrechen und hatte eine starke Abneigung gegen Alkohol. Ab dem 7. Monat wurde sie besonders häuslich und fühlte sich reizbarer und verletzlicher als zuvor.
Am 16.2.77 wurde sie von einem gesunden Buben entbunden; die Geburt verlief ohne Komplikationen. Herr A. war nicht im Kreißsaal anwesend.

Den Verlauf des Wochenbetts zeigen die folgenden Kurven:

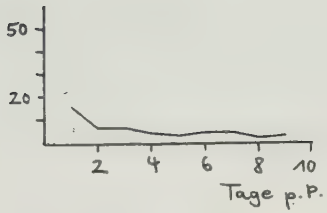


Abb.37: Interview (Mittelwert)
(je geringer die Scores, desto weniger Schwierigkeiten sind aufgetreten)

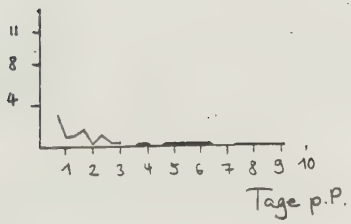


Abb.38: Bf - S (Mittelwert)
(30 : depressiv; 0 : euphorisch)

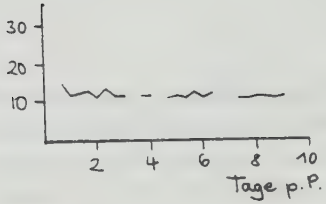


Abb.39: ZB (Mittelwert)
(11 : äußerstes Mißbehagen; 0 : äußerstes Wohlbefinden)

Frau A. wurde am 3. Wochenbettstag ins Rooming - In - Zimmer verlegt; sie erholte sich körperlich sehr rasch und hatte keine Stillprobleme.
Sie fühlte sich den neuen Aufgaben als Mutter gewachsen und entwickelte bald eine sehr liebevolle Beziehung zu ihrem Kind.

Nach der Entlassung am 7. Tag post partum kam sie auch zu Hause gut mit dem Baby zurecht und bewältigte die Umstellung ohne nennenswerte Schwierigkeiten.

Frau A. ist ein Beispiel für einen besonders günstigen Verlauf.

4.2. Frau B. ist eine 35-jährige Erstpara; sie arbeitete früher als Kontoristin und ist jetzt Hausfrau. Sie ist seit 11 Jahren verheiratet. Die Schwangerschaft war seit einem Jahr "billigend in Kauf genommen worden" (keine Kontrazeption).
Frau B. litt nicht an Morgenübelkeit, fühlte sich aber in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft sehr antriebslos und war starken Stimmungsschwankungen unterworfen. Die weitere Schwangerschaft verlief unauffällig.

Am 15.12.1977 wurde sie von einem gesunden Knaben entbunden; während der Geburt traten keine Komplikationen auf.

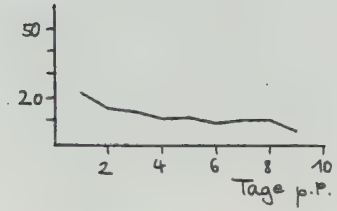


Abb.40: Interview (Mittelwert)
(je geringer die Werte, desto weniger Schwierigkeiten sind aufgetreten)

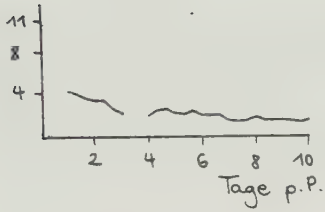


Abb.41: ZB (Mittelwert)
(11 : äußerstes Mißbehagen; 0 : äußerstes Wohlbefinden)

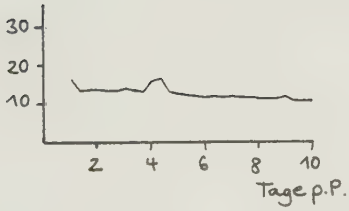


Abb.42: Bf - S (Mittelwert)
(30 : depressiv; 0 : euphorisch)

Frau B. kam am 2. Tag p.p. ins Rooming - In Zimmer. Sie hatte zunächst Schwierigkeiten mit dem Stillen, weil die Milch erst am 5. Wochenbettstag einschoß. Am 5. Wochenbettstag fühlte sie sich ein bißchen weinerlich und wollte ihren Mann bei sich haben. Körperlich ging es ihr gut, obwohl sich die Gebärmutter nur langsam zurückbildete.
Am 8. Tag p.p. wurde Frau B. nach Hause entlassen; ihr Baby schrie anfangs sehr viel, und Frau B. mußte nachts dauernd aufstehen. Sie fühlte sich dadurch aber nicht überfordert.

Frau B. hatte zwar im Wochenbett einige Schwierigkeiten zu überwinden, doch gelang es auch ihr, sich an die neue Situation anzupassen und eine liebevolle Beziehung zu ihrem Kind herzustellen.

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

5.1. und 5.2. Die vorliegende Arbeit setzte sich das Ziel, der Bedeutung von Umweltfaktoren bei der Ausprägung des sogenannten Heultags nachzugehen und den Einfluß des Rooming - In auf das psychische Befinden der Wöchnerinnen zu erfassen.

Tatsächlich sprechen die gewonnenen Ergebnisse für die Richtigkeit der Hypothesen 6.1. und 6.2. Bei 52 untersuchten Frauen fand sich in keinem Fall ein Heultag, und auch ausgeprägte Stimmungsschwankungen waren selten.

Auch Derbolowsky et al. (1979) fanden bei 28 Wöchnerinnen, die sie mit Hilfe derselben Selbstbeurteilungsskalen untersuchten, wie sie für die vorliegende Studie benutzt wurden, keine Anzeichen für einen Heultag. Diese Frauen waren in herkömmlicher Weise, d. h. getrennt von ihrem Kind, untergebracht. Die Daten der beiden Arbeiten sind zwar nicht exakt vergleichbar, weil Derbolowsky et al. ein Zufallskollektiv befragten, eine Gegenüberstellung kann jedoch Trends und grobe Unterschiede aufzeigen.

Bei einem Vergleich von Bf - S und ZB hat die Rooming - In Gruppe insgesamt niedrigere Werte, die Schwankungen im Befinden um die Entlassung herum waren deutlich geringer.

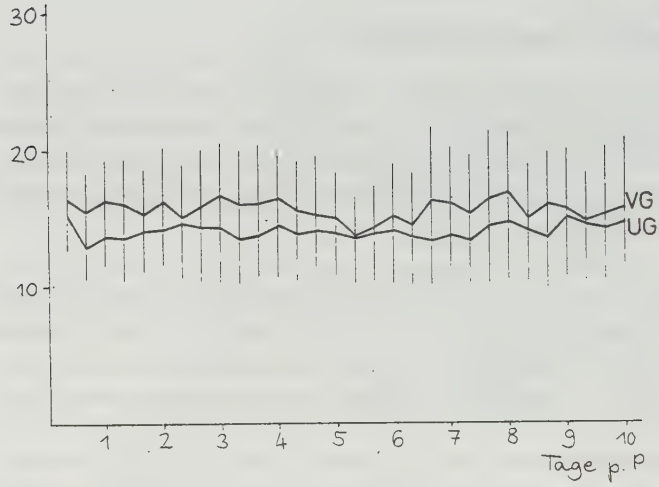


Abb.43: Vergleich der Bf - S Werte
(UG : Untersuchungsgruppe;
VG : Vergleichsgruppe
30 : depressiv; 0 : euphorisch)

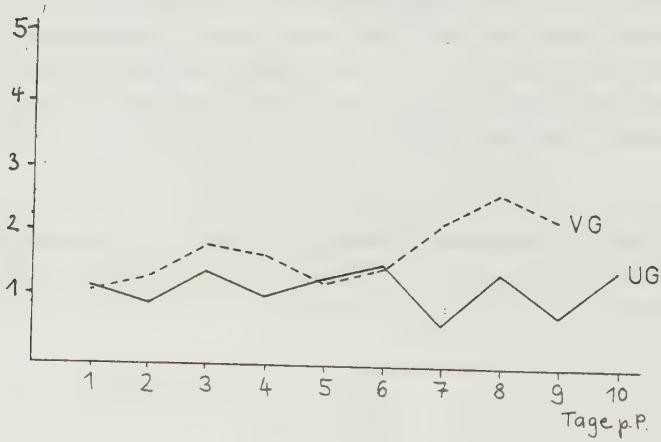


Abb.44: Vergleich der Werte zur emotionalen Labilität (Mittelwerte), Item 8 des Interviews

(UG: Untersuchungsgruppe; VG: Vergleichsgruppe
5:schwankt sehr 0: schwankt gar nicht)

Bei aller Vorsicht bei der Interpretation der Daten sprechen diese Befunde für einen zusätzlich stabilisierenden Einfluß des Rooming - In im Wochenbett. Wenn die Mütter ihre Kinder den ganzen Tag bei sich haben können, fällt der Kindsentzug als Streßfaktor weg. Außerdem gelingt ihnen die Umstellung auf die selbständige Versorgung der Babies zuhause leichter.

Die Mütter selbst betonten fast ausnahmslos, wie sehr sie mit der gemeinsamen Unterbringung zufrieden waren. Dies haben auch andere Untersucher festgestellt. Ihre Aussagen stützen sich auf punktuelle Befragungen, meist am Tag der Entlassung aus der Klinik (Mc Bryde 1951; Pennoyer 1951; Seideman 1956).

Cretius (1965)und Hassauer (1974) berichten, daß über 90 % der von ihnen befragten Frauen das Rooming - In als sehr positiv erlebten.

Zweifellos tragen diese günstigen äußeren Faktoren im Wochenbett viel zu einer ausgeglichenen Stimmungslage der jungen Mutter bei und machen sie so für einen Heultag weniger anfällig.

5.3. Die Hypothese 1.1.3. (Bei der Entlassung fühlen sich Rooming - In Mütter kompetenter im Umgang mit dem Kind) bestätigte sich. Bei der Rooming - In Methode können sich die Frauen von Anfang an mit der Babypflege vertraut machen. Für mehr als die Hälfte war dies mit ein Grund, sich für die gemeinsame Unterbringung zu entscheiden. Greenberg et al. fanden bei ihrer Untersuchung (1973), daß sich Rooming - In Mütter am Entlassungstag für kompetenter im Umgang mit ihrem Kind halten, als solche ohne Rooming - In Erfahrung. Sie hatten auch mehr Vertrauen in ihre Fähigkeit, mit dem Säugling umzugehen, glaubten

weniger Hilfe zu brauchen und konnten das Schreien ihres Babies besser identifizieren als eine Vergleichgruppe.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen dies in vollem Umfang (siehe 3.8.5. und 3.9.6.). Nach der Entlassung rief keine einzige Frau nochmals in der Klinik an, um sich Rat zu holen. Mc Bryde (1951) berichtet, daß nach der Einführung des Rooming - In am Duke Hospital besorgte Anrufe junger Mütter um 90 % abnahmen.

Im Rooming - In können sich Mutter und Kind von Anfang an optimal aufeinander einstellen. Sander und Julia studierten das Verhalten von Säuglingen unter verschiedenen Bedingungen: eine Gruppe wurde von Säuglingsschwestern in einem zentralen Kinderzimmer versorgt, hatte also ständig wechselnde Bezugspersonen. Eine zweite Gruppe wurde in einem Rooming - In Setting mit der Mutter als konstante Betreuerin beobachtet. Ein Monitor zeichnete Schlaf - Wachverhalten und Schreien der Babies sowie Interventionen der Pflegeperson auf.

Die Rooming - In Säuglinge waren ruhiger und schrien weniger als solche der Vergleichsgruppe; auch reagierte die eigene Mutter rascher auf Bedürfnisse ihres Kindes als die Säuglingsschwester. Einen Wechsel der Bezugspersonen beantworten die Babies mit Unruhe und vermehrtem Schreien.

Es zeigte sich, daß das Neugeborene und die Bezugsperson anfangs verschiedene zeitliche Rhythmen haben, die sich umso schneller synchronisieren, je konstanter die Reize sind, die der Säugling empfängt.

Am besten gelingt dies im Rooming - In, bei der Entlassung besteht dann schon eine gewisse gegenseitige Anpassung.

Das kann jedoch nicht verhindern, daß beim Übergang von der Klinik auf zu Hause kleinere Schwierigkeiten auftreten. Die Säuglinge reagieren auf die Umstellung oft mit nächtlicher Unruhe und trinken schlecht. Die Rooming - In Erfahrung hilft den Müttern aber offensichtlich, diese Probleme erfolgreich zu meistern: beim abendlichen Interview am zweiten Tag daheim gaben die meisten Frauen an, sie seien gut mit dem Kind zurechtgekommen (siehe 3.8.3., Interview Item 3 und 6).

5.4. Es war stets ein wichtiger Bestandteil des Rooming - In Konzepts, durch engen Kontakt von Geburt an die Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Beziehung zu fördern. Die Reaktion der Frauen auf das neue Programm zeigte, wie sehr sie dies zu schätzen wußten (Jacksen 1949).
In den letzten Jahren haben auch eine Reihe von verhaltenspsychologischen Untersuchungen darauf hingewiesen, wie wichtig die ersten Lebenstage für die Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung sind.

Klaus und Kennell (1973) studierten den Einfluß von mehr bzw. weniger Kontakt mit dem Baby auf das mütterliche Verhalten. Sie gewährten einer Gruppe von Frauen 15 Stunden zusätzlichen Beisammenseins mit ihrem Kind während der ersten 3 Tage nach der Geburt. Als Vergleichsgruppe dienten Wöchnerinnen, die ihr Kind nur fünfmal täglich zum Stillen bekamen. Bei einer Kontrolluntersuchung nach vier Wochen zeigten die Mütter mit mehr Kontakt deutlich mehr zärtliches und besorgtes Verhalten ihrem Kind gegenüber. Sie sahen es öfter an, reagierten sensibler auf seine Bedürfnisse und zögerten eher, es fremder Obhut zu überlassen. Unterschiede in der mütterlichen Zuwendung ließen sich sogar noch nach einem Jahr feststellen.

Bei einer ähnlichen Studie in Guatemala genügten 45 Minuten Extra-Kontakt gleich nach der Entbindung, um beim ersten Stillen mehr liebevolle Zuwendung der Mutter hervorzurufen.

Von den Eltern mißhandelte Kinder dagegen waren überdurchschnittlich häufig (zu 39%)entweder Frühgeborene oder als Säuglinge schwer krank. Sie blieben deshalb längere Zeit von der Mutter isoliert. Diese Trennung machte es den Eltern sehr schwer, eine Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen (Kaplan 1960).
All diese Beobachtungen legen den Schluß nahe, daß ein Mehr oder Weniger an Kontakt in den ersten Lebenstagen die Mutter-Kind-Beziehung nachhaltig beeinflussen kann. Es ist auch im Interesse der psychischen Stabilität der Mutter, diese Bindungsprozesse nicht zu stören, sondern in einem Rooming - In Setting zu fördern. Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, entwickelt sich bei der gemeinsamen Unterbringung rasch eine persönliche Beziehung der Mutter zu ihrem Kind (siehe 4.8.4.). Wahrscheinlich spielt dabei auch der Blickkontakt eine Rolle. Das Sehen ist ja bei der Geburt schon sehr gut entwickelt; Robson (1970) ist der Meinung, das sogenannte "eye - gestalt" werde schon vom Neugeborenen wahrgenommen; es stimuliere die Mutter-Kind-Interaktionen und sei für die Bindung aneinander sehr wichtig. Der Augenkontakt gebe den Müttern das Gefühl, ihr Kind reagiere auf sie. (Robson; 1970)

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen in dieselbe Richtung. Um den 3./4. Lebenstag, wenn die durch die Crêdé'sche Prophylaxe bedingte Schwellung der Augenlider des Säuglings zurückgeht und er beginnt, die Mutter "anzusehen", gewinnt sie auch den Eindruck, ihr Kind reagiere auf sie (siehe 4.8.4., Abb. 25).

Die Hypothese zur Mutter - Kind - Beziehung (1.1.4.), wird also insofern bestätigt, als sich im Rooming - In rasch eine gute Beziehung entwickelt; es fehlen aber leider genaue Vergleichsdaten für die herkömmliche Unterbringung, so daß man nicht mit letzter Sicherheit von einer Überlegenheit des Rooming - In in dieser Hinsicht sprechen kann.

5.5. Die Hypothese 1.1.5., daß vor allem sozial höhergestellte Frauen Interesse am Rooming - In haben, bestätigte sich. Über die Gründe läßt sich nur spekulieren. Möglicherweise hat diese Selektion damit zu tun, daß sich die Frauen aktiv um Aufnahme ins Rooming - In bemühen müssen und viele nicht über die dafür nötigen Informationen verfügen.

Neue Trends wie zum Beispiel die "sanfte Geburt" (Leboyer 1974) oder das Rooming - In sprechen offenbar zunächst eine privilegierte Oberschicht an, die sich vielseitig informiert und für Veränderungen aufgeschlossen ist. Die vorliegende Untersuchung hat den günstigen Einfluß des Rooming - In auf die mütterliche Psyche und die Mutter - Kind - Beziehung gezeigt - es ist also zu hoffen, daß dieses Konzept bald in größerer Breite Anwendung finden wird. Ärzteschaft und Krankenhäuser sollten durch Öffentlichkeitsarbeit und Bereitstellung von genügend Rooming - In Einheiten das ihre dazu tun, die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind zu einer Alternative für alle zu machen.

6. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

6.1. Alle Selbstbeurteilungsskalen (Bf - S, ZB, BL) zeigen übereinstimmend eine rasche Abnahme der Scores im Wochenbett als Ausdruck einer psychischen Stabilisierung. Es fanden sich keine Anzeichen für einen post partum blues um den 3./4. Wochenbettstag.
An den ersten beiden Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus stiegen im allgemeinen die Scores leicht an.

6.2. Die Schwankungen in den Selbstbeurteilungsskalen als Korrelat der psychischen Befindlichkeit waren gering.

6.3. Bei der Entlassung halten sich die Mütter für kompetent im Umgang mit dem Kind (Items 4, 5 und 26 des Interviews). Zuhause gab es in einigen Fällen gewisse Anpassungsschwierigkeiten.

6.4. Bis zum Ende der ersten Lebenswoche entwickelte sich im allgemeinen eine gute Mutter-Kind-Beziehung (Item 20 des Interviews). Das eigene Kind wird zunehmend an seinem Schreien erkannt (Item 21). Das Bedürfnis der Mutter, aus eigenem Antrieb zu ihrem Kind hinzugehen, wächst in dem Maße wie sie das Gefühl hat, es reagiere auf sie.

6.5. Für das Rooming - In zeigen vor allem Frauen aus höheren Sozialschichten Interesse, die ihr erstes Kind erwarten. Das Durchschnittsalter dieser Erstparae ist ziemlich hoch, es liegt bei 27 Jahren. Die meisten Frauen haben eine qualifizierte Berufsausbildung und waren mehrere Jahre berufstätig. 60 % der Frauen hatten die Schwangerschaft geplant; ungefähr ebensoviele wollten den Partner bei der Entbindung dabeihaben.
Als wichtigster Grund für die Entscheidung zum Rooming - In wurde der enge Kontakt zum Baby angegeben (80 %),

außerdem war das Erlernen der Säuglingspflege und die größere Sicherheit im Umgang mit dem Kind (55 %) wichtig.
Keine der Frauen bereute es, das Rooming - In für sich gewählt zu haben!

7. LITERATURVERZEICHNIS

Ainsworth, M. — Patterns of attachment behaviour shown by the infant in interaction with his mother
Merrill Palmer Quart 10:51-58 (1964)

Aitken, R.C.B. — Measurement of feeling using visual analogue scales
Proc Roy Soc Med 62:989-993 (1962)

Aitken, R.C.B.; Zeally, A.K. — Measurement of mood
Brit J Josp Med 4:215-224 (1970)

Barnett, C.R.; Leiderman, H.; Grobstein, R.; Klaus, M. — Neonatal separation: The maternal side of interactional deprivation
Pediatrics 45:197-204 (1970)

Breen, D. — The birth of a first child
Tavistock Publications, London 1975

Benedek, T. — Psychosexual functions in women
Ronald Press Co., New York 1952

Bonhoeffer, K. — Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen
In: Handbuch der Psychiatrie, Spez. Teil 3. Abt., 1. Hälfte, 2-59
Hrsg.: Aschaffenburg, G.
Deuticke, Leipzig 1912

Burns, P.; Sander, L.W.; Stechler, G.; Julia, H. — Short effects of caretaker environment of the first 10 days
J Am Acad Child Psych 11:427-439 (1972)

Colman, A.D.; — Psychological state during first pregnancy
Am J Orthopsych 30:788-797 (1969)

Cretius, K.; Gailer, H.J.; Krieg, H. — Erfahrungen mit einer Modifikation der sog. Rooming-In Methode
Zentralblatt für Gynäkologie 87:17-27 (1965)

Cretius, K.; — Gemeinsame Unterbringung von Mutter und Neugeborenem auf der Wochenstation
Geburtsh Frauenheilk 15:712-722 (1955)

Derbolowsky, J.; Benkert, O.; Ott, L.; Laakmann, G.; Weissenbacher, E.R.; Zerssen, D.v. — The postpartum blues - a depressive syndrome?
In: Emotions and Reproduction
Hrsg.: Carenza-Zichella
Academic Press, New York - San Francisco - London, 1979

Ferreira, A.J. — The pregnant woman's emotional attitude and its reflection on the newborn
Am J Orthopsych 30:553-561 (1960)

Greenberg, M.; Rosenberg, J.; Lind, J. — First mothers rooming-in with their newborns: its impact upon the mothers
Am J Orthopsych 43:783-788 (1973)

Grimm, E. — Psychological tension in pregnancy
Psychos Med 23:520-526 (1965)

Hassauer, W. — Die Mutter-Kind-Beziehung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, mit besonderer Berücksichtigung des Rooming-In
In: Jahrbuch der Psychohygiene
Bd. 2, 83-99
Hrsg.: Biermann, G.
Ernst Reinhardt, München-Basel 1974

Hamilton, J.A. — Postpartum psychiatric problems
C.V. Mosby, Saint Louis 1962

Henneborn, W.; Cogan, R. — Effect of husband participation on reported pain and probability of medication during labour and birth
J.Psychos Res 19:215-222 (1975)

Jackson, E.; Olmsted, R.W.; Foord, A.; Thoms, H.; Hyder, K. — A hospital rooming-in unit for four newborn infants and their mothers
Pediatrics 1:28-43 (1948)

Kaplan, D.A.; Mason, E.A. — Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder
Am J Orthopsych 30:539-547 (1960)

Kennell, J.H.; Trause, M.A.; Klaus, M.H. — Evidence for a sensitive period in the human mother
Ciba Foundation Symposion 33:87-101
Elsevier, Amsterdam 1975

Klaus, M.H.; Trause, M.A.; Kennell, J.H. — Does human maternal behaviour show a characteristic pattern?
Ciba Foundation Symposion 33:69-85
Elsevier, Amsterdam 1975

Klaus, M.H.; Kennell, J.H. — Auswirkung früher Kontakte auf die Mutter-Kind-Beziehung
In: Jahrbuch der Psychohygiene
Bd. 2, 100-109
Hrsg.: Biermann, G.
Ernst Reinhardt, München-Basel 1974

Klaus, M.H.; Kennell, J.H. — Mothers separated from their newborn infants
Ped Clin N Am 17:1015-1035 (1970)

Krausz, W. — Objektivierende Untersuchungen zur prämorbiden Persönlichkeit von Neurotikern
Med. Dissertation
München 1972

Leboyer, F. — Der sanfte Weg ins Leben
Desch, München 1974

Liakos, A.K.; Panayotakopoulos, K.; Lyketsos, G.; Kaskarelis, D. — Depressive and neurotic symptoms in the puerperium
In: Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology 343-346
Hrsg: Morris, N.
Karger, Basel 1972

Lind, J. — Die Geburt der Familie in der Frauenklinik
In: Jahrbuch der Psychohygiene
Bd. 2, 77-83
Hrsg.: Biermann, G.
Ernst Reinhardt, München-Basel 1974

Maass, G. — Perinatale Psychohygiene-Bedeutung und Möglichkeit einer primären Präventivmedizin durch den Frauenarzt
Z Geburtsh Perinat 179:388-395 (1975)

Mc Bryde, A. — Compulsory Rooming-in at Duke Hospital
J.A.M.A. 145:625-627 (1951)

Mc Farlane, A. — The psychology of childbirth
Fontana, London 1977

Melchior, L. — Is the postpartum period a time of crisis for some mothers?
The Canadian Nurse 30-32 (1972)

Mentzos, S. — Pathogenetische und nosologische Aspekte der Wochenbettpsychosen
In: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft 110-119
Hrsg.: Bürger-Prinz, H.und Fischer, P.A.
Enke, Stuttgart 1968

Molinski, H. — Geburtshilfliche Symptomatik als Folge gestörten Gebärverhaltens
Z Geburtsh Perinat 179:283-287 (1975)

Mortimer, E.A.; Wolinsky, E.; Hines, D. — The effect of rooming-in on the acquisition of hospital staphylococci by newborn infants
Pediatrics 37:605-609 (1966)

Newman, L.F.; Kennell, J.H.; Klaus, M.H.; Schreiber, J.M. — Early human interaction: Mother and Child
Primary Care 3:491-505 (1976)

Newton, N.; Newton, M. — Mothers reactions to their newborn babies
J.A.M.A. 181:122-126 (1962)

Nott, P.M.; Franklin, M.; Armitage, C.; Gelder, M. — Hormonal changes and mood in the puerperium
Brit J Psych 128:379-383 (1976)

Pfaffenbarger, R.S. jr.; Steinmetz, C.H.; Pooler, B.G.; Hyde, R.T. — The picture puzzle of postpartum psychosis
J Chronic Dis 13:161-173 (1961)

Pfaffenbarger, R.S. jr. — Epidemiological aspects of parapartum mental illness
Brit J prev soc Med 18:189-195 (1964)

Pennoyer, M. — Experiences with an elective rooming-in program
J Pediatr 38(2):213-220 (1951)

Pitt, B. — Atypical depression following childbirth
Brit J Psych 114:1325-1335 (1968)

Prill, H.J. — Geburtshilfe und Psychotherapie
In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie Bd. 5, 253-278
Hrsg.: Frankl, V.E.; Gebsattel, V.E.v.; Schultz, J.H.
Urban und Schwarzenberg, München 1961

Robin, A.A. — The psychological changes of normal parturition
Psychiatr Quart 36:129-150 (1962)

Robson, K.S.; Moss, H.A. — Patterns and determinants of maternal attachment
Pediatrics 77(6):976-985 (1970)

Robson, K.S. — Role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment
J Child Psychol Psychiat 8:13-25 (1967)

Sander, L.W.; Stechler, G.; Burns, B.; Julia, H. — Early mother-infant interaction and 24-hour patterns of activity and sleep
J Am Acad Child Psych 9:103-123 (1970)

Schorsch, E.; Müller-Neff, E. — Psychiatrische Unterschungen an Wöchnerinnen
In: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft 94-103
Hrsg.: Bürger-Prinz, H.und Fischer,P.A.
Enke, Stuttgart 1968

Sander, L.W.; Julia, H. — Continuous interactional monitoring in the neonate Psychosomat Med 28:822-835 (1966)

Seideman, J.; Eisenoff, H. — Rooming-in service in a medium-sized community hospital N Y State J Med :2533-2536 (1956)

Uddenberg, N.; Nilsson, L. — The longitudinal course of paranatal emotional disturbance Acta Psych Scand 52:160-169 (1975)

Uddenberg, M.; Fagerström, C.-F.; Hakanson-Zaunders, M. — Reproductive conflicts, mental symptoms during pregnancy and time in labour J Psychosomat Res 20:575-581 (1976)

Wolff, E.; Ritter, S.v. — Rooming-In auf der Wochenstation Fortschr Med 38:2319-2322 (1976)

Yalom, D.J.; Lunde, D.T.; Moos, R.H.; Hamburg, D.A. — "Postpartum-blues" syndrome Arch Gen Psychiat 18:16-27 (1968)

Zerssen, D.v. — Psychische Störungen im Wochenbett In: Psychologie und Sozialmedizin in der Frauenheilkunde 87-110 Hrsg.: Zander, J. und Goebel, R. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1977

Zerssen D.v.; Koeller, D.M. — Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München) Beltz, Weinheim 1976

8. DANKSAGUNG

Für die Überlassung des Themas danke ich meinem verehrten Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Kurt Holzmann, der mir viele wertvolle Anregungen gegeben hat.

Herrn Dr. med. Jakob Derbolowsky schulde ich großen Dank für seine sachkundige Unterstützung bei der Durchführung dieser Arbeit und der Diskussion der Ergebnisse. Er stand mir stets gerne mit seiner klinischen Erfahrung zur Verfügung.

Herrn Prof. Dr. med. Josef Zander sei besonders für die Arbeitsmöglichkeit an seiner Klinik gedankt. Er übernahm freundlicherweise die Mitberichterstattung.

Auch allen Schwestern der Wochenstationen, die durch ihre Mithilfe diese Untersuchung möglich gemacht haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken.

9. ANHANG

Datum: .....

ne:.....(bei Frauen) Mädchenname..... Vorname:.....

.:.....Alter: .....Jahre Beruf:.....

en Sie bitte die folgenden Sätze. Entscheiden Sie bei jeder Feststellung, sie in gesunden Tagen für Sie zutrifft oder nicht. Machen Sie ein Kreuz in Spalte, die am ehesten für Sie zutrifft.

geht nicht darum, wie Sie in Zeiten beeinträchtiger Gesundheit sind, aber h nicht, darum, wie Sie am liebsten sein möchten. Stellen Sie sich des- b bei der Feststellung vor, wie Sie in Zeiten körperlicher und seelischer undheit tatsächlich sind bzw. waren.

llen Sie den Bogen sorgfältig und möglichst schnell selbständig aus. Lassen keinen Satz aus !

	trifft **ausgesprochen** zu	trifft **überwiegend** zu	trifft **etwas** zu	trifft **gar nicht** zu
Andere wählen mich gern zum Anführer.....				
Ich habe oft ein übermäßiges Verlangen nach Süßigkeiten				
Ich liebe meine Freiheit und lege mich deshalb nur ungern fest				
Man kann mich einen Stubenhocker nennen				
Mein Auftreten Vorgesetzten gegenüber ist sehr selbstsicher und unbefangen				
Schon bei Beginn einer Tätigkeit denke ich daran, wie ich sie so schnell wie möglich hinter mich bringe.....				
Ich höre mir Ratschläge von anderen zwar an, gehe dann aber doch meist meine eigenen Wege				
Ich bin oft überkritisch				
Ich finde es besser, anderen etwas vorzumachen, als sie zu kränken				
In meiner Freizeit weiß ich nur wenig mit mir anzufangen				
Ich habe leicht Angst zu versagen				
Sauberkeit ist mir eine Herzensangelegenheit				
Ich habe schon immer eine sehr lebhafte Phantasie				
Ich neige zu religiösen Zweifeln				
Meinen Mitmenschen gegenüber empfinde ich leicht Eifersuchtsgefühle				
Mich kann so leicht nichts aus der Ruhe bringen				
Ich habe Freude daran, gewisse Dinge systematisch zu sammeln				

bitte wenden

	trifft **ausgesprochen** zu	trifft **überwiegend** zu	trifft **etwas** zu	trifft **gar nicht** zu
18. Ich bin schnell für eine Sache zu begeistern, gebe aber bei Schwierigkeiten leicht auf				
19. Ich ziehe es vor, klare Anweisungen für meine Arbeit zu haben				
20. Wenn ich Kummer habe, frißt er förmlich an mir				
21. Ich bin prinzipiell sehr darauf bedacht, Verabredungen und andere Termine pünktlich einzuhalten				
22. Ich bin mit mir und der Welt zufrieden				
23. Ich habe einen lebhaften Drang, meine Gefühle zu äußern				
24. Kränkungen kann ich nur schwer vergessen und würde sie dem Schuldigen bei passender Gelegenheit gern heimzahlen				
25. Berechtigter Kritik gegenüber bin ich sehr aufgeschlossen.....				
26. Auf Enttäuschungen hin neige ich dazu, irgendetwas zu essen, um meinen Unmut zu vertreiben..				
27. Es fällt mir leicht, Anschluß zu finden				
28. Wenn sich andere verspäten, fühle ich mich gleich im Stich gelassen				
29. Schon ein schiefhängendes Bild kann mich ungemein stören				
30. Ich leide unter Minderwertigkeitsgefühlen				
31. Ich brauche einen Menschen, für den ich ganz da sein kann				
32. Ich bin unausgeglichen und sprunghaft				
33. Auch wegen kleiner Verfehlungen mache ich mir oft schon heftige Vorwürfe				
34. Es fällt mir leicht, eine gute Gelegenheit beim Schopf zu packen				
35. Ich glaube immer, die anderen halten ihre Versprechen nicht				
36. Am liebsten habe ich einen streng geregelten Tagesablauf				
37. Ich habe ständig Angst, nicht voll anerkannt zu werden				
38. Ich finde leicht den richten Zugang zum anderen Geschlecht				
39. Wenn ich in richtiger Stimmung bin, kann ich eine ganze Gesellschaft in Schwung bringen				
40. Meine Gefühle versuche ich immer unter strenger Kontrolle zu halten				
41. Ich schreibe Erfolge weniger mir selbst zu, sondern empfinde sie eher als Gnade oder Geschenk				
42. Ich lasse mich leicht zu etwas überreden, was ich nachher bereue				
43. Ich fühle mich nur wohl in Räumen, in denen peinliche Ordnung herrscht				

	trifft ausgesprochen zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft gar nicht zu
4. Ich habe oft das Gefühl, isoliert und einsam zu sein				
5. Es kostet mich Überwindungen, mir nahestehenden Menschen zu widersprechen, weil ich fürchte, es mit ihnen zu verderben				
6. Ich mache mir die Dinge oft schwerer, als sie sind				
7. Am liebsten hätte ich ständig einen Menschen um mich, den ich gern habe und dem ich voll vertrauen kann				
8. Ich bin ziemlich neugierig				
9. Ich blicke voller Vertrauen in die Zukunft				
0. Selbst wenn es anderen unangenehm ist, sage ich die Wahrheit				
. Ich beziehe immer alles gleich auf mich				
2. Ich habe eine gewisse schauspielerische Begabung.....				
3. Ich kann mich morgens nur sehr schwer vom Schlaf lösen				
4. Jede Geldausgabe - auch die kleinste - wird von mir vorher genau überdacht				
5. Ich gehe gern einmal ein Risiko ein				
6. Schon über kleine Ungenauigkeiten kann ich mich sehr ärgern				
7. Ich bin sehr energisch und durchsetzungsfähig				
8. Ich stehe leicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit				
9. Ich neige dazu, Ärger hinunterzuschlucken und werde ihn dann nicht wieder los				
0. Ich bin etwas unselbständig				
. Es fällt mir oft schwer, mich aus Streitereien anderer herauszuhalten				
. Ich war schon immer etwas nervös				
. Ich kann nur etwas leisten, wenn ich für jemanden arbeite, der mir sympathisch ist				
. Ich bin überbescheiden				
. Ich fühle mich oft zurückgesetzt und benachteiligt				
. Ich wage es nur selten, eigenwillig zu handeln				
. Ich lasse mir nur ungern bei meiner Arbeit helfen und tue lieber selber mehr, nur um die Gewißheit zu haben, daß alles tadellos erledigt ~~ist.~~				
. Sexuelle Erlebnisse lassen mich meist unbefriedigt				
. Ich habe ein starkes Bedürfnis nach Geborgenheit				

	trifft **ausgesprochen** zu	trifft **überwiegend** zu	trifft **etwas** zu	trifft **gar nicht** zu
70. Ich kann es nicht über mich bringen, mich an eine Arbeit zu machen, ehe nicht alle Vorbereitungen dazu bis ins Kleinste getroffen sind ...				
71. Für Schwächen anderer bringe ich immer viel Verständnis auf				
72. Ich kann mich leicht in eine Gemeinschaft einfügen				
73. Ich muß immer das Gefühl haben, daß andere sich um mich bemühen				
74. Es fällt mir leicht, eigene Schwächen oder Fehler zuzugeben				
75. Ein bloßes Sich-Verstehen ist mir im persönlichen Umgang mehr wert als Gespräche				
76. Unangenehmes kann ich sehr rasch vergessen ...				
77. Ich hasse es, wenn sich andere in meine Angelegenheiten einmischen				
78. Ich will immer gleich den Erfolg meiner Arbeit sehen				
79. Ich habe einen großen und interessanten Bekanntenkreis				
80. In meinem Leben folge ich gern festen Leitlinien				

MWT-B

Copyright 1977 by perimed Verlag Dr. med. D. Straube, 8520 Erlangen, Printed in Germany (MWT-B).

Anweisung:

Sie sehen hier mehrere Reihen mit Wörtern. In jeder Reihe steht **höchstens ein Wort,** das Ihnen vielleicht bekannt ist. Wenn Sie es gefunden haben, streichen Sie es bitte durch.

---

1. Nale – Sahe – Nase – Nesa – Sehna
2. Funktion – Kuntion – Finzahm – Tuntion – Tunkion
3. Struk – Streik – Sturk – Strek – Kreik
4. Kulinse – Kulerane – Kulisse – Klubihle – Kubistane
5. Kenekel – Gesonk – Kelume – Gelenk – Gelerge
6. siziol – salzahl – sozihl – sziam – sozial
7. Sympasie – Symmofeltrie – Symmantrie – Symphonie – Symplanie
8. Umma – Pamme – Nelle – Ampe – Amme
9. Krusse – Surke – Krustelle – Kruste – Struke
10. Kirse – Sirke – Krise – Krospe – Serise
11. Tinxur – Kukutur – Fraktan – Tinktur – Rimsuhr
12. Unfision – Fudision – Infusion – Syntusion – Nuridion
13. Feudasmus – Fonderismus – Föderalismus – Födismus – Föderasmus
14. Redor – Radium – Terion – Dramin – Orakium
15. kentern – knerte – kanzen – kretern – trekern
16. Kantate – Rakante – Kenture – Krutehne – Kallara
17. schalieren – waschieren – wakieren – schackieren – kaschieren
18. Tuhl – Lar – Lest – Dall – Lid
19. Dissonanz – Diskrisanz – Distranz – Dinotanz – Siodenz

Name _____ Punkte _____

Beruf _____ Alter _____

Untersuchungsdatum _____ männlich – weiblich ____

Sonstiges _____

_____

---

20. Ferindo – Inferno – Orfina – Firanetto – Imfindio

21. Rilkiase – Kilister – Riliker – Klistier – Linkure

22. kurinesisch – kulinarisch – kumensisch – kulissarisch – kannastrisch

23. Rosto – Torso – Soro – Torgos – Tosor

24. Kleiber – Beikel – Keibel – Reikler – Biekerl

25. Ralke – Korre – Ruckse – Recke – Ulte

26. Lamone – Talane – Matrone – Tarone – Malonte

27. Tuma – Umat – Maut – Taum – Muta

28. Sorekin – Sarowin – Rosakin – Narosin – Kerosin

29. beralen – gerältet – anälteren – untären – verbrämen

30. Kapaun – Paukan – Naupack – Aupeck – Ankepran

31. Sickaber – Bassiker – Kassiber – Sassiker – Askiber

32. Pucker – Keuper – Eucker – Reuspeck – Urkane

33. Spirine – Saprin – Parsin – Purin – Asprint

34. Kulon – Solgun – Koskan – Soran – Klonus

35. Adept – Padet – Edapt – Epatt – Taped

36. Gindelat – Tingerat – Indigenat – Nitgesaar – Ringelaar

37. Berkizia – Brekzie – Birakize – Brikazie – Bakiria

Bayerische Landesärztekammer
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80

Perinatologischer Basis-Erhebungsbogen

Name der Patientin: .....

1 Klinik | Geburtsnummer | Mehrlinge Anzahl | lfd. Nr. des Mehrlings

2 **Patientin** Geburtsjahr | Nationalität lt. Schlüssel | PLZ des Wohnortes

3 Sozialstatus lt. Schlüssel | Beruf des Ehemannes, bei Alleinsteh. der Patientin .....

4 Familienstand ledig ◯ verh. ◯ verw. ◯ gesch. ◯ berufstätig während jetziger Schwangerschaft nein ◯ ja ◯

5 Gravida (incl. jetziger Schwangersch.) Anzahl | Para (incl. jetziger Schwangersch.) Anz. | Spontanaborte Anz. | Abbrüche Anz.

6 **Jetzige Schwangerschaft** durchschnittlich. Zigarettenkonsum/Tag

7 Dauer des stationären Aufenthaltes in graviditate in Wochen | Tokolyse nein ◯ ja ◯

8 Cerclage nein ◯ ja ◯ äußere Wendung o. Versuch nein ◯ ja ◯ Lungenreifebehandlung nein ◯ ja ◯

9 Mutterpaß liegt vor nein ◯ ja ◯ Patientin in dieser Schwangerschaft in Geburtsklinik untersucht nein ◯ ja ◯

10 Erstuntersuchung Schwangerschafts-Woche | Zahl der Untersuchungen

11 Termin der letzten Periode verwertbar ja ◯ errechneter Geburtstermin Datum

12 nein ◯ klinisch geschätzte Tragzeit in Wochen

13 Ultraschallschnittbild nein ◯ ja ◯ CTG ante partum nein ◯ ja ◯ Amniozentese nein ◯ ja ◯

14 Östrogene bestimmt nein ◯ ja ◯ Lungenreifebestimmung nein ◯ ja ◯ Amnioskopie nein ◯ ja ◯

15 Risikoschwangerschaft lt. Kat. A Nr. | Nr. | Nr. | Nr. | Nr. | Nr. | Nr. .....

16 **Entbindung** Datum der Aufnahme zur Geburt

17 Geburt programmiert nein ◯ ja ◯ indizierte medik. Einleitung nein ◯ ja ◯ Wehenmittel b. Geburt nein ◯ ja ◯

18 Blasenspreng. vor Wehenbeg. nein ◯ ja ◯ Blasensprung v. regelm. Weh. nein ◯ ja ◯ wenn ja | Std. zuvor

19 Pudendusanästhesie nein ◯ ja ◯ Lokalinfiltration bei Geburt nein ◯ ja ◯ Epi/Periduralanästh. nein ◯ ja ◯

20 Vollnarkose bei Geburt nein ◯ ja ◯ Parazervikalanästhesie nein ◯ ja ◯ Opiatanalgesie nein ◯ ja ◯

21 Sonstige Anästhesien nein ◯ ja ◯

22 CTG sub partu extern nein ◯ ja ◯ CTG sub partu intern nein ◯ ja ◯

23 Sectio nein ◯ ja ◯ Vakuum oder Versuch nein ◯ ja ◯

24 Forceps oder Versuch nein ◯ ja ◯ vagin. Beckenendlagen-Entb. nein ◯ ja ◯

25 Indikationen zur operativen Entbindung lt. Katalog B Nr. | Nr. | Nr. | Nr. | Nr.

26 Geburtsdauer ab Beginn regelm. Wehen h/min | Zeit vollst. MM min. | Dauer der Pressperiode min.

27 Episiotomie nein ◯ ja ◯ Vater bei der Geburt dabei nein ◯ ja ◯

28 Risikogeburt lt. Katalog C Nr. | Nr. | Nr. | Nr. | Nr. | Nr.

29 Hebamme anwesend nein ◯ ja ◯ Nr. | Arzt anwesend nein ◯ ja ◯ Nr. | Pädiater anw. nein ◯ ja ◯

30 **Mutter** Tag/Monat Tag/Monat

31 nach Hause entlassen Datum | verlegt Datum | verstorb. innerh. der ersten 7 Wochenbett-Tg. nein ◯ ja ◯

32 **Kind**

33 Geschlecht männl. ◯ weibl. ◯ Tag der Geburt | Uhrzeit h | min

34 APGAR 1 min | 5 min | 10 min | Tod ante partum nein ◯ ja ◯ Tod sub partu nein ◯ ja ◯

35 Nabelschnurarterien-pH-Bestimmung nein ◯ ja ◯ wenn ja, pH , | Intubation nein ◯ ja ◯ Pufferung nein ◯ ja ◯

36 Geburtsgewicht g | Länge cm | Kopfumfang cm , | biparietaler Durchmesser cm ,

Tag/Monat

37 1. kinderärztl. Untersuchung Datum | auffällig während Klinikaufenthalt, wenn ja, Kat. D Nr. | Nr. | Nr.

38 Kind aus Geburtsklinik n. H. entl. Datum | auffällig nein ◯ ja ◯ wenn ja, Kat. D Nr. | Nr. | Nr.

39 Kind in Kinderklinik verlegt Datum | in welche | Gründe Kat. D Nr. | Nr. | Nr. | Nr. | Nr.

40 Kind innerh. d. ersten 7 LT verst. Datum | Todesursache(n) Kat. D Nr. | Nr. | Nr. | Nr. | Nr.

Ergänzungen: .....

SCHLÜSSEL

Nationalität

Deutschland	D	Österreich	A
Frankreich	F	Portugal	P
Griechenland	GR	Schweiz	CH
Großbritannien	GB	Spanien	E
Italien	I	Türkei	TR
Jugoslawien	YU	Tunesien	TN
		USA	USA

andere Staaten nach internationalen Autokennzeichen
Staatenlos ø

Sozialstatus

1 Niederste Sozialstufe z.B. Sozialhilfeempfänger
2 Niedere Sozialstufe z.B. ungelernter Arbeiter, Kleinlandwirt
3 Gehobene Sozialstufe z.B. Facharbeiter, Angestellter, Beamter
4 Höchste Sozialstufe z.B. Akademiker, Selbständige, Höhere Beamte, Leitende Angestellte

Katalog A zu Zeile 15 Risikoschwangerschaften

Risiken, feststellbar aufgrund anamnestischer Angaben

Kennziffer
01 Chronische Nierenerkrankungen
02 Erhebliche Adipositas (20% über Schwangerschafts-Sollgewicht)
03 Behandlungsbedürftige Herzerkrankungen
04 Zustand nach Sterilitätsbehandlung
05 Zustand nach 2 oder mehr Aborten
06 Vorausgegangene Frühgeburt (Geburtsgewicht unter 2500 g oder rechnerisch vor Ende der 37. Schwangerschaftswoche)
07 Totes Kind in der Anamnese
08 Geschädigtes Kind in der Anamnese
09 Zustand nach Sectio
10 Zustand nach anderen Uterusoperationen (z. B. Fehlbildungen, Myomoperation)
11 Zustand nach Komplikation bei vorausgegangenen Entbindungen (z. B. schwere Blutungen, Thromboembolien)
12 Erstgebärende unter 16 Jahren
13 Erstgebärende über 34 Jahre
14 Mehrgebärende über 40 Jahre
15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
16 Sonstige anamnestische Risiken

Risikoschwangerschaften nach Befund in der jetzigen Schwangerschaft

Kennziffer
30 EPH-Gestose (Blutdruck über 140/90, Eiweißausscheidung 1‰ oder mehr, mittelgradige Oedeme oder Gewichtszunahme pro Woche von 500 g oder mehr)
31 Harnwegsinfekt, auch Bakteriurie mit Keimzahlen über 100 000 pro ml
32 Diabetes mellitus, internistisch behandlungsbedürftig
33 Blutungen in der Schwangerschaft
34 Blutgruppen-Inkompatibilität
35 Mißverhältnis zwischen Uterus- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer (z. B. Riesenkind, retardiertes Kindswachstum, Hydramnion)
36 Vorzeitige Wehentätigkeit (vor Ende 37. Woche)
37 Cervixinsuffizienz
38 Mehrlinge
39 pathologische Kindslage
40 Hypotonie im 3. Trimenon (systolischer Blutdruck unter 100)
41 Anämie in graviditate (Hb unter 11,2 g% gleich 70 %)
42 Überschreitung des Geburtstermines (mehr als 9 Tage über ET)
43 Unklarheit über den Termin
44 Sonstige befundete Risiken

Katalog B zu Zeile 25 Indikation zur operativen Entbindung

(Sectio, Forceps, Vakuum, vaginale Beckenendlagenentbindung)

Kennziffer
01 Drohende intrauterine Asphyxie
02 pathologische Kardiotokogramme (z. B. Silenz, Spättief, pathologische Frequenz)
03 Acidose sub partu (pH <7,20)
04 Plazenta praevia
05 vorzeitige Plazentalösung
06 Gestose – Eklampsie
07 Nabelschnurvorfall
08 drohende Uterusruptur/Ruptur
09 Zustand nach Sectio
10 Zustand nach anderen Uterusoperationen
11 absolutes oder relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken
12 Geburtsstillstand
13 Beckenendlage
14 sonstige Lage- oder Stellungsanomalie
15 protrahierte Geburt (Wehenschwäche, Dystokie)
16 Plazentainsuffizienz (chronic fetal distress)
17 Mehrlingsschwangerschaft
18 Rh-Inkompatibilität
19 Diabetes
20 Frühgeburt
21 Sonstige

Katalog C zu Zeile 28 Risiko-Geburten

Kennziffer
01 Grünes Fruchtwasser
02 Frühgeburt (Gewicht des Kindes unter 2500 g bzw. rechnerisch vor Ende der 37. Schwangerschaftswoche)
03 Geburtsdauer über 12 Stunden
04 Fieber unter der Geburt (>38,0° rektal/sublingual)
05 Blutungen unter der Geburt
06 Querlage
07 Beckenendlage
08 Vorderhauptlage
09 Gesichtslage
10 Tiefer Querstand
11 Hoher Gradstand
12 Nabelschnurvorfall
13 Mehrlingsgeburt
14 absolutes od. relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken
15 Pathologisches Kardiotokogramm (z.B.: Silenz, Spättief, Frequenz <100 oder >180)
16 Acidose sub partu (pH <7,20)
17 Blutdruckanstieg sub partu (RR syst >140, diastolisch >90)
18 Sonstige

Katalog D zu Zeile 37-40 Kindliche Morbidität, Verlegungsgründe, Todesursachen

Kennziffer
01 Frühgeburt
02 Mangelgeburt (Gewicht unter 10er Percentile)
03 protrahierte Asphyxie/Cyanose
04 Ateminsuffizienz
05 Ikterus
06 Rh-Inkompatibilität
07 andere Blutgruppeninkompatibilität
08 Krämpfe
09 andere Störungen des ZNS
10 Blutung (Melaena, Hämatemesis, Nabel)
11 Blutungsschock, Anämie

12 Verletzung, Fraktur, periphere Lähmung
13 Gastrointestinalerkrankungen, Ernährungsschwierigkeiten
14 Hauterkrankungen oder -anomalien
15 gestörte Nabelheilung
16 Infektion
17 Stoffwechselstörung
18 Endokrinopathie
19 Sonstige

20 multiple Anomalien (z.B. M. DOWN)
21 Anomalie ZNS/Neuralrohr
22 Anomalie Gesicht/Sinnesorgane
23 Anomalie Thorax/Thoraxorgane/Zwerchfell
24 Anomalie Abdomen/Gastrointestinaltrakt
25 Anomalie Harntrakt/äußeres Genitale
26 Anomalie Skelett/Muskulatur
27 andere Anomalien oder Störungen

28 zur Beobachtung

Katalog der Nummern der Kinderkliniken siehe gesonderte Aufstellung.

ANAMNESTISCHES INTERVIEW ZUR R'I UNTERSUCHUNG

1. Waren Sie schon in nervenärztlicher Behandlung?

2. Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen, Suicide oder Süchte?

3. Hatten Sie früher einmal depressive Stimmungen?

4. Wie oft sind Sie ungefähr krank im Jahr?

5. Hatten Sie Menstruationsbeschwerden?

6. Hatten Sie bereits Abtreibungen oder Fehlgeburten gehabt?

7. Haben Sie früher Empfängnisverhütung durchgeführt?

8. Nahmen Sie während der Schwangerschaft psychisch wirksame Medikamente?

9. Haben Sie während der Schwangerschaft Alkoholgenuß und Zigaretten reduziert?

10. Hatten Sie während der Schwangerschaft Widerwillen vor bestimmten Gerüchen oder Speisen?

11. Hatten Sie Appetitmangel oder Sodbrennen?

12. Hatten Sie Erbrechen?

13. Hatten Sie während der Schwangerschaft größere Stimmungsschwankungen?

14. Hat sich während der Schwangerschaft Ihr Sozialverhalten geändert, d.h. sind Sie häuslicher geworden o.ä.?

15. Planten Sie die Geburt Ihres Kindes schon länger im voraus?

16. Möchten Sie lieber einen Sohn oder eine Tochter?

17. Möchte Ihr Mann lieber einen Sohn oder eine Tochter?

18. Möchten Sie voraussichtlich mehrere Kinder?

19. Glauben Sie, daß das Kind Ihr bisheriges Leben verändern wird?

20. Wie haben Sie sich auf die Entbindung vorbereitet?

21. Haben Sie Angst vor der Entbindung?

22. Möchten Sie, daß Ihr Mann bei der Entbindung dabei ist?

23. Wird Ihnen nach der Entbindung jemand helfen?

24. Werden Sie Ihren Beruf nach der Geburt aufgeben?

25. Wer übernimmt in Ihrer Beziehung eher die Initiative?

26. Wie lange kennen Sie Ihren Mann?

27. Wie lange sind Sie verheiratet?

28. Halten Sie Ihr Sexualleben für normal?

29. Hat es sich durch die Schwangerschaft geändert?

30. Haben Sie einen Beruf erlernt?

31. Welchen Beruf üben Sie aus?

32. Welchen Beruf hat Ihr Mann?

33. Leben Ihre Eltern noch?

34. Wo wohnen Ihre Eltern?

35. Wie ist Ihr Kontakt zu den Eltern?

36. Aus welchen Gründen haben Sie sich für das R-I beworben?

STANDARDISIERTES INTERVIEW FÜR DAS WOCHENBETT

		nein/schlecht	ja/gut
1.	Wie ist es Ihnen ergangen?	5 4 3 2 1 o	
2.	Wie haben Sie geschlafen?	5 4 3 2 1 o	
3.	Wie hat das Füttern geklappt?	5 4 3 2 1 o	
4.	Machten Sie sich Sorgen um das Baby?	o 1 2 3 4 5	
5.	Hatten Sie Angst,mit dem Baby nicht zurechtzukommen,auch nach der Entlassung?	o 1 2 3 4 5	
6.	Fühlten Sie sich von allem überfordert?	o 1 2 3 4 5	
7.	Waren Sie nervös?	o 1 2 3 4 5	
8.	Schwankt Ihre Stimmung?	o 1 2 3 4 5	
9.	Fühlten Sie sich innerlich angespannt oder getrieben?	o 1 2 3 4 5	
1o.	Konnten Sie sich konzentrieren?	5 4 3 2 1 o	
11.	Wenn Ihnen etwas gesagt wurde, konnten Sie es sich merken?	5 4 3 2 1 o	
12.	Konnten Sie sich länger mit etwas beschäftigen?	5 4 3 2 1 o	
13.	Wie waren Sie mit Ihrem Partner zufrieden?	5 4 3 2 1 o	
14.	Hätten Sie es gern,wenn er sich mehr um Sie kümmerte? Kam er pünktlich? ja - nein	o 1 2 3 4 5	
15.	Wie war Ihr Kontakt zu den Mitpatienten?	5 4 3 2 1 o	
16.	Fühlen Sie sich so, daß Sie von sich aus heute nach Hause gehen wollen?	5 4 3 2 1 o	
17.	Waren Sie in den letzten 24 Stunden den Tränen nahe?	o 1 2 3 4 5	
18.	Haben Sie in den letzten 24 Stunden geweint?	o 1 2 3 4 5	
19.	Haben Sie heute eine schlechte Nachricht bekommen?Welche?.....	o 1 2 3 4 5	

		nein/schlecht					ja/gut
2o.	Wie ist Ihre innere Beziehung zu Ihrem Kind?	5	4	3	2	1	o
21.	Haben Sie Ihr Kind am Schreien erkannt?	5	4	3	2	1	o
22.	Haben Sie den Grund des Schreiens erkannt? Woran?.....	5	4	3	2	1	o
23.	Konnten Sie es beruhigen?	5	4	3	2	1	o
24.	Sind Sie von sich aus zu Ihrem Kind hingegangen? Aus welchem Grund überwiegend?	5	4	3	2	1	o
24.	Wissen Sie, was Ihr Kind am wenigsten mag?	5	4	3	2	1	o
26.	Haben Sie den Arzt oder die Schwester um Auskunft bzgl.des Kindes gebeten?	o	1	2	3	4	5
27.	Haben Sie das Gefühl,daß Ihr Kind auf Sie reagiert? Hat ihr Kind Sie angeschaut? ja - möglich - nein	5	4	3	2	1	o
28.	Auf welche Weise hatten Sie Kontakt zu Ihrem Kind?.....						
29.	Hat Sie die Kinderpflege erfreut oder beruhigt?	5	4	3	2	1	o
3o.	Haben Sie heute Langeweile verspürt?	o	1	2	3	4	5

Überleitung zum freien Teil des Interviews

Frage: Was hätten Sie am Rooming-In gerne geändert?

Stichworte:
- Patientenauswahl
- Kind länger/kürzer im Raum
- Besuchszeit
- räumliche Verhältnisse
- selbständige Rhythmusbestimmung

BEIM TELEFONINTERVIEW MODIFIZIERTE FRAGEN

		nein/schlecht	ja/gut
5.	Sind Sie mit dem Baby gut zurechtgekommen?	5 4 3 2 1 o	
15.	Wie ist Ihr Kontakt zu den Personen der Umgebung?	5 4 3 2 1 o	
16.	Wären Sie lieber noch in der Klinik?	o 1 2 3 4 5	

STRICHLISTE FÜR DIE MUTTER

NAME: DATUM:

Bitte tragen Sie jedesmal einen Strich bzw. die Zeitdauer in diese Liste ein, wenn Sie eines der unten aufgeführten Dinge ausgeführt haben.

1. Hingehen zum Kind a) wegen Schreien	
b)wegen eigenem Bedürfnis	
c)weil Sie sich gesorgt haben	
2. Das Kind schreit	
3. Wie oft sollte der Mann bzw. die Mutter helfen a)beim Pflegen?	
b) beim Füttern?	
4. Wie lange waren Sie jeweils mit Ihrem Kind direkt zusammen?	
5. Wie lange hat die Kinderpflege jeweils gedauert?	

ZUSTANDSBAROMETER

NAME: DATUM:

Bitte markieren Sie auf der Skala Ihren momentanen Zustand:

äußerstes Wohlbefinden

äußerstes Mißbehagen

Bf-S

Bf _____

Inst _____ Stat _____ Datum _____ Wt _____

I-Nr _____ ICD-Nr _____ Uhrzeit _____/_____ Tz _____

_____ V – IQ _____

Ab hier vom Patienten auszufüllen:

Name _____ Mädchenname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre

Beruf _____ Geschlecht m/w

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte, entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen hinter der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in die Spalte „weder – noch". Lassen Sie keine Zeile aus.

Ich fühle mich jetzt:

		eher		eher	weder–noch
1.	frisch		matt		
2.	teilnahmslos		teilnahmsvoll		
3.	froh		schwermütig		
4.	erfolgreich		erfolglos		
5.	gereizt		friedlich		
6.	entschlußlos		entschlußfreudig		
7.	lustig		weinerlich		
8.	gutgelaunt		verstimmt		
9.	appetitlos		appetitfreudig		
10.	gesellig		zurückgezogen		
11.	minderwertig		vollwertig		
12.	entspannt		gespannt		
13.	glücklich		unglücklich		
14.	scheu		zugänglich		
15.	sündig		rein		
16.	sicher		bedroht		
17.	verlassen		umsorgt		
18.	ausgewogen		innerlich getrieben		
19.	selbstsicher		unsicher		
20.	elend		wohl		
21.	beweglich		starr		
22.	müde		ausgeruht		
23.	zögernd		bestimmt		
24.	ruhig		unruhig		
25.	schwunglos		schwungvoll		
26.	nutzlos		unentbehrlich		
27.	schwerfällig		lebhaft		
28.	überlegen		unterlegen		

BELTZ TEST © 1975 Beltz Test Gesellschaft mbH, Weinheim.

Bf-S

Bf _____

Inst _____ Stat _____ Datum _____ Wt _____

I-Nr _____ ICD-Nr _____ Uhrzeit _____/_____ Tz _____

_____ V – IQ _____

Ab hier vom Patienten auszufüllen:

Name _____ Mädchenname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre

Beruf _____ Geschlecht m/w

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte, entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen hinter der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in die Spalte „weder – noch". Lassen Sie keine Zeile aus.

Ich fühle mich jetzt:

		eher		eher	weder–noch
1.	frisch		matt		
2.	teilnahmslos		teilnahmsvoll		
3.	froh		schwermütig		
4.	erfolgreich		erfolglos		
5.	gereizt		friedlich		
6.	entschlußlos		entschlußfreudig		
7.	lustig		weinerlich		
8.	gutgelaunt		verstimmt		
9.	appetitlos		appetitfreudig		
10.	gesellig		zurückgezogen		
11.	minderwertig		vollwertig		
12.	entspannt		gespannt		
13.	glücklich		unglücklich		
14.	scheu		zugänglich		
15.	sündig		rein		
16.	sicher		bedroht		
17.	verlassen		umsorgt		
18.	ausgewogen		innerlich getrieben		
19.	selbstsicher		unsicher		
20.	elend		wohl		
21.	beweglich		starr		
22.	müde		ausgeruht		
23.	zögernd		bestimmt		
24.	ruhig		unruhig		
25.	schwunglos		schwungvoll		
26.	nutzlos		unentbehrlich		
27.	schwerfällig		lebhaft		
28.	überlegen		unterlegen		

BELTZ TEST © 1975 Beltz Test Gesellschaft mbH, Weinheim.

L E B E N S L A U F

Am 2. August 1954 kam ich in München als älteste Tochter des Dr. med. Robert Oechsner und seiner Frau Else, geb. Bott, zur Welt.

1960 - 1964	Besuch der Volksschule in Ottendichl
1964 - 1968	Internatsschülerin im Max - Josef - Stift in München
1968	Wegen Umzugs Übertritt in das Edith - Stein - Gymnasium in München
1973	Abitur am Edith - Stein - Gymnasium und Immatrikulation an der medizinischen Fakultät der Ludwig - Maximilian - Universität in München
1975	Physikum
1976	1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
1976/77	8-monatiger Studienaufenthalt in England als Stipendiatin der Studienstiftung des Deutschen Volkes; Oxford Medical School und Littlemore Hospital in Oxford
1979	2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
1980	3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung